



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

Avaliação do Teste Stroop Emocional para o Screening de risco suicida (TSESRS) como medida de ideação suicida

Andreia Filipa da Silva Marques

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientadora: Prof. Doutora Maria da Graça Proença Esgalhado

Covilhã, Outubro de 2013

Dedicatória

Dedico esta tese aos meus pais e à minha irmã.

Agradecimentos

Nesta etapa da minha vida, não poderia deixar de exprimir os meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que fizeram parte desta etapa e que contribuíram para a realização deste trabalho.

O primeiro agradecimento é dirigido à professora Graça Esgalhado, que com muita paciência e perseverança orientou todo o trabalho, sempre com uma palavra de apoio e incentivo.

A toda a minha família. Aos meus pais, por me permitirem ter esta oportunidade, pelo apoio e amor incondicional. De modo especial, à minha mãe por ter acreditado sempre em mim e não me ter deixado desistir nos momentos mais difíceis, por ser sempre o modelo perfeito a imitar e ser um dos maiores incentivos da minha vida. À minha irmã pelo carinho, pela paciência, pelo apoio, pelo amor de irmãs que temos e também pelas discussões de incentivo.

Reconheço, ainda, a importância de muitos amigos, os que me acompanharam nesta Universidade desde o primeiro dia e aqueles que a vida me deu oportunidade de conhecer e que me auxiliaram nesta fase especial da minha vida, prendendo-me sempre com um sorriso e demonstrando que poderia olhar para o lado e nunca estaria só. Especialmente, à Filomena Tomé, Rosa Pinto, Teresa Mafalda, Samuel Lambelho, Mariana Parente, Ana Raquel, Catarina Martins, Nélia Gaspar, Pedro Pereira, João Nabais e Joana Lizardo.

Agradeço ainda, a duas pessoas muito especiais na minha vida, a Mónica Botas e o Valter Marques, que me prendaram pela forte amizade, pelo apoio, pelas palavras recheadas de incentivo e cobertas de sátira. Os verdadeiros amigos não são aqueles que estão connosco todos os dias, mas sim nos dias e nas horas em que precisamos deles. Obrigada por me fazerem acreditar, que mesmo com alguma distância, a verdadeira amizade existe.

Contudo, não poderia deixar de agradecer, em especial, à Sara Marques, pela sua perseverança, pelo seu apoio, pelo seu incentivo constante, pela sua ajuda, suporte e compreensão nos momentos mais difíceis. Obrigado pelas viagens, pela amizade, pelo incentivo e por me fazeres acreditar que ergueríamos o troféu juntas.

Resumo

Atualmente, as teorias cognitivas conferem um papel importante ao processo atencional quando tentam explicar o surgimento de problemas psicopatológicos, evidenciando a forte influência que os processos emocionais exercem sobre os processos cognitivos em determinadas tarefas, nas quais o processamento da informação se caracterizaria por ser dissociador. O suicídio é problemática atual, sendo um dos fenômenos psicológicos mais potencialmente fatais. São escassos os estudos que avaliem a ideação suicida e consequentemente o risco de suicídio, através de um instrumento de Stroop Emocional. Este estudo pretende desenvolver procedimentos metodológicos, no sentido de contribuir para a avaliação do Teste Stroop Emocional para a detecção do risco de suicídio (TSESRS) (Damasceno & Esgalado, 2011), como medida de ideação suicida. Utilizam-se o TSESRS, o Questionário de Ideação Suicida (QIS) (Ferreira & Castela, 1999) e o Inventário de Depressão de Beck. A amostra é constituída por 100 sujeitos, 50 sujeitos normativos e 50 sujeitos clínicos, aos quais correspondem o grupo com baixa e elevada ideação suicida, com uma média etária de 32 anos. Verificam-se diferenças estatisticamente significativas nas palavras neutras entre sujeitos com baixa ideação suicida ($M=60.84$) e os sujeitos com elevada ideação suicida ($M=51.56$); o mesmo acontece com as palavras positivas, onde a diferença é também significativa entre sujeitos com baixa ($M=64.34$) e os com elevada ideação suicida ($M=48.60$). Também na lâmina de palavras negativas verifica-se uma média superior nos sujeitos com baixa ideação suicida ($M=66.32$) relativamente aos sujeitos com elevada ideação suicida ($M=45.86$). No que concerne ao grau de associação entre a pontuação na Lâmina 3 do TSERS e o nível de ideação suicida verifica-se uma correlação negativa forte e estatisticamente significativa ($r= -.840$; $p< 0.001$). Estes resultados evidenciam a potencialidade deste estudo, que sugere que o TSERS pode ser utilizado na detecção de sintomas de ideação suicida.

Palavras-chave

Suicídio, Ideação suicida, Risco de Suicídio, Teste Stroop Emocional

Abstract

Currently, cognitive theories provide an important role in attentional process when trying to explain the emergence of psychopathological problems, emphasizing the strong influence that emotional processes have on cognitive processes in specific tasks, in which information processing is to be characterized as a splitter. Suicide is problematic today, being one of the most potentially fatal psychological phenomena. Are few studies that assess suicidal ideation and consequently the risk of suicide, by an instrument of Emotional Stroop. This study aims to develop methodological procedures, in order to contribute to the evaluation of the Emotional Stroop Test for detection of suicide risk (TSESRS) (Damasceno & Esgalhado, 2011), as a measure of suicidal ideation. They use the TSESRS, the Suicidal Ideation Questionnaire (QIS) (Ferreira & Castilla, 1999) and the Beck Depression Inventory. The sample consisted of 100 subjects, 50 subjects and 50 subjects clinical normative, which correspond to the group with low and high suicidal ideation, with a mean age of 32 years. There are statistically significant differences in neutral words among subjects with low suicidal ideation ($M = 60.84$) and subjects with high suicidal ideation ($M = 51.56$), and the same happens with positive words, where the difference is also significant among subjects with low ($M = 64.34$) and those with high suicidal ideation ($M = 48.60$). Also the blade negative words there is a higher than average in the subjects with low suicidal ideation ($M = 66.32$) compared to subjects with elevated suicidal ideation ($M = 45.86$). Regarding the degree of association between the score on Blade 3 TSESRS and level of suicidal ideation there is a strong negative correlation and statistically significant ($r = -.840$, $p < 0.001$). These results show the potential of this study, which suggests that the TSESRS can be used to detect symptoms of suicidal ideation.

Keywords

Suicide, suicidal ideation, Suicide Risk, Emotional Stroop Test

Índice

Dedicatória	iii
Agradecimentos	v
Resumo	vii
Abstract	ix
Lista de Figuras	xiii
Lista de Tabelas	xv
Lista de Acrónimos	xvii
 Introdução	 1
 Parte I - Enquadramento teórico	 3
Capítulo I: O Suicídio	5
1.1 Contextualização: Suicídio e comportamentos suicidas	5
1.1.1 Ideação Suicida	8
1.1.2 A Tentativa de Suicídio e o Para-suicídio	9
1.2 Fatores de risco	11
1.3 Prevalência de Comportamentos Suicidários	13
1.4 Depressão e Suicídio	14
 Capítulo II - Tarefa Stroop Clássica	 17
2.1 Stroop Clássico e Mecanismos Implicados	17
2.2 Âmbitos de Aplicação do Stroop Clássico	19
 Capítulo III - Tarefa Stroop Emocional	 21
3.1 Stroop Emocional	21
3.2 Descrição da Tarefa Stroop Emocional	23
3.3 Estudos com o Stroop Emocional	24
3.4 Stroop Emocional e a sua relação com a Depressão e Suicídio	31
 Parte II - Corpo Empírico	 33
Capítulo IV - Metodologia	35
4.1 Enquadramento e objetivos do Estudo	35
4.1.1 Apresentação do Estudo	35
4.1.2 Objetivos e Hipóteses	36
4.1.3 Variáveis	37
4.1.4 Tipo de Estudo	37

4.2 Método	38
4.2.1 Participantes	38
4.2.2 Instrumentos	41
4.2.2.1 Questionário Sócio-Demográfico	41
4.2.2.2 Teste Stroop Emocional para o <i>Screening</i> de Risco Suicida	41
4.2.2.3 Inventário de Depressão de Beck	42
4.2.2.4 Questionário de Ideação Suicida	42
4.3 Procedimento	43
4.3.1 Análise Estatística	44
4.4 Resultados	45
5. Discussão dos resultados	49
6. Conclusão	55
Bibliografia	57
Anexos	65

Lista de Figuras

Figura 1- Distribuição percentual relativamente ao género (N=100; moda= género feminino)	38
Figura 2- Distribuição percentual relativamente ao Estado Civil	39
Figura 3- Distribuição percentual relativamente à Profissão	39
Figura 4- Distribuição percentual relativamente à Escolaridade	40
Figura 5- Distribuição percentual relativamente ao Estatuto sócio-económico	40

Lista de Tabelas

Tabela 1- Estudos que recorreram ao Teste Stroop Emocional	25
Tabela 2- Pontuações médias obtidas no BDI comparativamente entre sujeitos da Amostra Normativa e Clínica	45
Tabela 3- Pontuações médias obtidas no QIS comparativamente entre sujeitos da Amostra Normativa e Clínica	45
Tabela 4- Pontuações médias obtidas na Lâmina 1, Lâmina 2, Lâmina 3 do TSESRS comparativamente entre sujeitos da Amostra Normativa e Clínica	46
Tabela 5- Pontuações médias obtidas das Palavras Neutras, Positivas e Negativas, comparativamente entre o grupo de sujeitos com Baixa Ideação Suicida e Elevada Ideação Suicida	47

Lista de Acrónimos

UBI	Universidade da Beira Interior
OMS	Organização Mundial de Saúde
TSESRS	Teste Stroop Emocional para o <i>Screening</i> de Risco de Suicídio
BDI	Inventário de Depressão de Beck
QIS	Questionário de Ideação Suicida

Introdução

Iniciamos o nosso estudo relembando o trabalho pioneiro de John Ridley Stroop, que em 1935 publica “*Studies of interference in serial verbal reactions*” no *Journal of Experimental Psychology*. Este constitui um marco importante na história da psicologia cognitiva, uma vez que apresenta um dos fenômenos mais intrigantes e raros no âmbito desta ciência- o efeito Stroop. O contributo de Stroop (1935) foi de extrema importância não só para a psicologia cognitiva e experimental, mas também para o domínio de avaliação e investigação em diferentes patologias. Uma vez que entre os instrumentos de avaliação psicológica, o teste Stroop possui um estatuto privilegiado, dado que apresenta um elevado grau de confiabilidade na identificação das diferenças individuais, quer em indivíduos que não apresentem problemas, quer em indivíduos com perturbações (Jensen & Rowe, 1966 cit. in Esgalhado, 2007; Arana, Cabaco & Sanfeliú, 1997). É neste contexto que se enquadra a presente dissertação que tem como objetivo contribuir para a exploração da eventual relação entre o viés atencional e o risco futuro de suicídio, através da utilização do Teste Stroop Emocional para o screening de risco suicida.

A problemática do suicídio é cada vez mais atual e preocupante, despertando um vasto interesse entre os investigadores de diversas áreas. O comportamento suicidário abrange todo e qualquer ato através do qual um indivíduo causa uma lesão a si próprio, independentemente do grau de intenção letal e conhecimento do verdadeiro motivo desse ato. Ideação suicida, tentativa de suicídio, para-suicídio e suicídio consumado são formas distintas de comportamentos suicidários (Moreira, 2008).

A prevalência da ideação suicida é bastante difícil de determinar devido à diferente metodologia que tem sido utilizada em diversos estudos (escalas utilizadas, períodos de tempo valorizado, definição de ideação suicida, entre outros), o que dificulta a comparação dos dados obtidos nos diferentes estudos. Todavia, calcula-se uma prevalência de cerca de 15 % a 53% de ideação suicida, com resultados superiores no sexo feminino (Ros & Arranz, 2006). Verificam-se poucos casos de suicídio antes da puberdade, contudo a sua frequência aumenta durante a adolescência e início da idade adulta (15-35 anos) e nos idosos (acima de 75 anos) (Loureiro, 2006; Pinto, 2010; Ros & Arranz, 2006; Teixeira, 2011). Nos últimos 50 anos a taxa de suicídio para os indivíduos com idades compreendidas entre os 15-24 anos aumentou cerca de 300% (Capuzzi, 2002 cit. in Santos, 2009), e a média de idades desceu para os 39,9% (Packman, Marlitt, Bongar & Pennuto, 2004).

O comportamento suicida é um dos que requer uma resposta imediata por parte dos profissionais de saúde mental (Beautler, Clarkin & Bongar 2000, cit. in Packman, Marlitt, Bongar & Pennuto, 2004), sendo visto como um dos fenômenos psicológicos mais potencialmente fatais (Packman, Marlitt, Bongar & Pennuto, 2004). Sendo assim, justifica-se o surgimento e a validação de instrumentos de avaliação psicológica que facilitem a deteção do risco de suicídio. Neste âmbito o Teste de Stroop Emocional apresenta-se como uma

alternativa a ter em consideração. Nesta linha, surgem investigações como a de Williams e Broadbent (1986) que verificaram o efeito stroop nas tentativas de suicídio e concluíram que os sujeitos tinham tendência a serem mais lentos na nomeação das cores das palavras que estavam associadas ao ato suicida. Com base neste trabalho, Becker e colaboradores (1999) demonstraram que nos últimos anos, os sujeitos que tinham tido tentativas de suicídio levaram mais tempo para nomear a cor das palavras relacionadas com o suicídio do que as palavras neutras.

Com o presente trabalho pretende-se contribuir para o estudo da problemática do suicídio e mais especificamente na deteção de risco suicida. Para tal, recorre-se ao Teste Stroop Emocional para o *screening* de risco de suicídio, uma vez que esta ferramenta clínica poderá desempenhar um papel de relevo e também facilitar na elaboração de um diagnóstico mais rápido e de uma intervenção mais pronta e eficaz perante esta problemática.

A presente dissertação encontra-se estruturada em duas partes distintas, mas, que se completam de forma bastante significativa. Na primeira parte procede-se ao Enquadramento Teórico, onde é realizada uma revisão do estado da arte sobre o Suicídio e os Comportamentos Suicidas, o Teste Stroop Clássico e o Teste Stroop Emocional. A segunda parte é constituída pelo Corpo Empírico. Nesta é apresentado o estudo realizado, os resultados obtidos, bem como as principais limitações, conclusões e contributos do trabalho elaborado.

Parte I- Enquadramento teórico

Capítulo I- O Suicídio

1.1 Breve contextualização: Suicídio e Comportamentos Suicidas

O suicídio, já há muito que intriga e desperta a curiosidade do ser humano, nas mais diversas áreas do conhecimento social. Caracteriza-se por ser um fenómeno complexo que tem atraído as atenções de filósofos, teólogos, médicos, sociólogos e psicólogos e sobre o qual se apresentam várias definições (Bertole, 2000 cit. in Organização Mundial de Saúde, 2000; Saraiva, 2010; Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001).

O vocábulo suicídio vem do latim *sui* (de si mesmo) e *cidium* (“morte, assassinio”), forma do verbo *caedere* (“cortar, matar”) (Neves, Corêa & Nicolato, 2010). O suicídio é um comportamento extremamente autodestrutivo, motivado pelo estado psicológico do indivíduo, pelas crenças e normas sociais, caracterizado pela resolução psicótica de escolher morrer, solução encontrada para escapar de uma insuportável dor psicológica, uma vez que se encontra sem coragem para enfrentar os desafios da vida (Sperb & Werlang, 2002).

A definição clássica do sociólogo Emile Durkheim, em 1897, considera o suicídio como qualquer morte que ocorra, de uma forma direta ou não, devido a um comportamento efetuado pela vítima, em que esta sabe que vai produzir esse resultado. O indivíduo que comete o suicídio tem como objetivo primário a morte, e sabe que o que vai fazer a si próprio vai terminar com a sua vida (Bostwick & Cohen, 2009).

Segundo a OMS (1984), “ *O Suicídio é visto como um fenómeno complexo, multifacetado, necessitando de esforços coordenados de vários setores, unidos através de uma correta metodologia de intervenção, tanto quando possível objetiva*” (Sampaio, 1991, p.23). Assim, entende-se o suicídio como a morte do sujeito, sendo a mesma produzida pelo próprio e intencional (Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001).

O’Carroll et al. (1996 cit. in Moreira, 2008) define o suicídio como a morte por lesão, envenenamento ou sufocação, com evidência de que a lesão foi auto-infligida e de que o falecido tinha intenção de se matar.

A OMS qualificou o suicídio como um grave problema de saúde pública e, como tal, sugere que os países adotem políticas públicas de emergência na prevenção do mesmo (Loureiro, 2006; OMS, 2000; OMS, 2003 cit. in Botega, 2007).

Vários estudos nacionais e internacionais são consensuais relativamente à conceção do suicídio como um fenómeno complexo e universal, que atingiu e atinge todas as culturas, classes sociais e idades e possui uma etiologia multifatorial, abarcando fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais. O suicídio constitui um grave problema de saúde pública, pois encontra-se entre as dez principais causas de morte na população mundial em todas as faixas etárias e representa a terceira causa de morte em jovens com idades compreendidas entre os 15 e 35 anos (Sampaio, 1999; Saraiva, 1995, 2006; Borges, 2006; Wasserman, 2001; Schmitt, 2001; Botega, 2005; Montenegro, 2005; Werlang, 2005).

Segundo dados da OMS (2002), estima-se que um milhão de pessoas em todo o mundo cometeram suicídio no ano 2000. A cada 40 segundos uma pessoa comete suicídio no mundo, a cada 3 segundos uma pessoa atenta contra a própria vida. Cada suicídio tem um forte impacto em pelo menos outras seis pessoas, sendo imensurável o impacto psicológico, social e financeiro do suicídio na família e na comunidade. Em 2003, cerca de 900.000 pessoas cometeram o suicídio, o que representa uma morte a cada 35 segundos (OMS, 2003 cit. in Botega, 2007; Gonçalves, Freitas & Sequeira, 2011). De acordo com dados disponibilizados pelo INE (Instituto Nacional de Estatística, 2008), Portugal tem registado um aumento significativo das taxas de suicídio, desde a viragem do milénio. Como se pode verificar, com o avançar dos anos a taxa de suicídio tem tendência em aumentar.

O comportamento suicida, é um dos que requer uma resposta imediata por parte dos profissionais de saúde mental (Beutler, Clarkin & Bongar, 2000; Pinto, 2011), sendo um dos fenómenos psicológicos mais potencialmente fatais (Packman, Marlitt, Bongar & Pennuto, 2004; Pinto, 2011; Teixeira, 2010). Para os que se suicidam, este comportamento é visto como a única saída ou escapatória, para a família e amigos o mesmo constitui um ato incompreensível que conduz a sentimentos de sofrimento e culpabilidade. O gesto ou a atitude suicida demonstra um intolerável sofrimento interior. É sempre uma forma de comunicar por parte de quem sente um profundo desespero e não consegue visualizar uma saída para o seu problema (Cassorla, 2004; Gil, 2006; Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001; Saraiva, 2006). Para os médicos, psicólogos e psiquiatras que trabalham com esta problemática representa um fracasso terapêutico e preventivo (Ros & Arranz, 2006). Como tal, capacitar os profissionais de saúde para o diagnóstico e posterior encaminhamento das pessoas em risco na comunidade é um passo importante na prevenção do suicídio (Pinto, 2011).

Efetivamente, o suicídio, enquanto fenómeno, intriga e desperta a curiosidade do ser humano, nas mais diversas áreas do conhecimento social. Apesar de despertar elevada curiosidade, este não é de todo um fenómeno simples e unifacetado, pelo que também a sua definição não é simples, de tal forma que *“não existe ainda hoje uma nomenclatura globalmente aceite para nos referirmos aos comportamentos suicidários.”* (Moreira, 2008, p.25). Apesar de não existir uma nomenclatura globalmente aceite, o comportamento suicidário é tipicamente descrito num *continuum* de letalidade que vai desde a ideação suicida, passando pelos comportamentos auto-lesivos e pelas tentativas de suicídio até ao suicídio consumado (Crosby et al 1999 cit. in Weaver et al., 2007; Webster, 1996). O comportamento suicidário abrange todo e qualquer ato através do qual um indivíduo causa uma lesão a si próprio, independentemente do grau de intenção letal e conhecimento do verdadeiro motivo desse ato. Ideação suicida, tentativa de suicídio, para-suicídio e suicídio consumado são formas distintas de comportamentos suicidários (Moreira, 2008).

Diferentes investigadores referem que a caracterização das condutas destrutivas não é consensual. As ideias de morte, de suicídio, os comportamentos de risco (em alguns casos as auto-mutilações) e as tentativas de suicídio funcionam como uma escala sequencial,

progressiva, com recurso a repetições de atos ou ocorrências, que se sucedem no tempo (Sampaio, 1991; Saraiva, 1999) e na maioria das vezes não são entendidos ou compreendidos. Daí a importância de os perceber e agir atempadamente, tendo como principal objetivo a prevenção (Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001).

Na literatura específica da Suicidologia, frequentemente, o comportamento suicida inclui três categorias: ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio consumado. Alguns estudos clínicos e epidemiológicos sugerem a presença de possível gradiente de severidade e de heterogeneidade entre essas diferentes categorias. Situando-se num dos extremos, a ideação suicida (pensamentos, ideias, planeamento e desejo de se matar) e, no outro, o suicídio consumado, com a tentativa de suicídio entre eles (Gonçalves, Freitas & Sequeira, 2011; Werlang, Borges & Fensterseifer, 2005).

O nível/grau de intencionalidade é uma das principais diferenças entre a tentativa de suicídio e o para-suicídio, sendo superior na tentativa de suicídio. Segundo Vieira (2008), o suicídio pode ser conceptualizado como um ato voluntário através do qual o indivíduo possui a intenção e provoca a própria morte.

Os comportamentos suicidários surgem quando uma pessoa se depara com diversas situações geradoras de grande *stress* e ansiedade e se sente incapaz para lidar com elas e de as resolver. Tais sentimentos podem intensificar-se de tal forma que passam a caracterizar a ideação suicida (ideias e vontade de morrer). O risco de suicídio pode diminuir ou desaparecer aos poucos em função das estratégias utilizadas pela pessoa para fazer face aos problemas que fomentam o seu sofrimento e/ou decorrência de ajuda psicológica ou tratamento psiquiátrico (Wasserman, 2001).

A conduta suicida não se refere apenas à ação que culmina com a morte do sujeito, diz respeito também aos atos nos quais a morte não ocorreu. Muitas vezes a sobrevivência deve-se a falhas na utilização do método, ou porque o objetivo não era o suicídio mas sim uma chamada de atenção. Assim, a conduta suicida compreende um conjunto de comportamentos como a ideação suicida, os planos de suicídio, as tentativas, o para-suicídio e por fim, o suicídio consumado. Considera-se também o suicídio indireto, o qual se refere aos sujeitos que apresentam um estilo de vida que é caracterizado por uma constante exposição a situações de risco (Skegg, 2005 cit. in Ros & Arranz, 2006).

Como já foi referido anteriormente, o comportamento suicida pode ser encarado como um *continuum*, onde num dos extremos se situa a ideação suicida (pensamentos, ideias e desejos) e no extremo oposto o suicídio consumado. No meio deste *continuum* encontra-se a tentativa de suicídio (Baggio, Palazzo & Aerts, 2009).

1.1.1 A Ideação suicida

De uma forma geral todos os comportamentos suicidários não letais tendem a ter um bom nível de previsibilidade de futuros comportamentos suicidários e com potencial letal (Webster, 1996). Neste âmbito, o constructo que tem sido mais utilizado, na tentativa de prever o perigo de futuros comportamentos suicidários, tem sido a ideação suicida. Tal deve-se, por um lado, à existência de vários instrumentos padronizados que permitem avaliar este constructo e, por outro, ao fato de ter provado ser um bom indicador do perigo da efetivação de comportamentos suicidários (Brown, Beck, Steer & Grisham, 2000), nomeadamente no género feminino (Lewinshohh, Rohde, Seeley & Baldwin, 2001 cit. in Weaver et al., 2007). Todavia, o fato de alguém apresentar ideação suicida não implica que cometa uma tentativa de suicídio ou suicídio consumado. No entanto, se estes pensamentos forem aumentando deve submeter-se a pessoa a tratamento (Bastos, 2009). A ideação suicida refere-se a todos os pensamentos relacionados com o causar dano a si próprio ou matar-se (Bridge, Goldstein & Brent 2006; Pinto, 2011). Van Heerint (2001 cit. in Gil, 2006, p.378) considera a ideação suicida como “ *a ocorrência de quaisquer pensamentos acerca de um comportamento autodestrutivo, independentemente da presença, ou não, da intenção de morrer*”, enquanto Webster (1996) define o constructo, como a existência de ideias ou pensamentos relativos ao ato de cometer um suicídio ou de se provocar auto-lesões que podem ou não ser letais.

Uma definição mais completa e abrangente é apresentada por outros autores, caracterizando a ideação suicida com um *continuum* que vai desde os pensamentos generalistas acerca da morte, passando pela ideia de suicídio, até aspetos mais concretos e operacionais da colocação em marcha do plano suicida, como a elaboração, planeamento e execução, com maior ou menor grau de ambivalência (Cassorla, 2004; Meleiro & Bahls, 2004 cit. in Gil, 2006). Quando um sujeito apresenta ideação suicida, é de extrema importância tentar compreender se o sujeito possui intenção de passar da ideação ao ato. Acontecimentos significativos na vida dos sujeitos poderão muitas vezes desencadear a passagem da ideação suicida às tentativas de suicídio. Na verdade, a ideação suicida destaca-se como um dos principais preditores de risco suicida, sendo utilizado em muitas pesquisas para estimar a presença de um processo suicida (Prieto & Tavares, 2005), embora o sujeito possa ocultar os pensamentos suicidas, por razões diversas, como motivações religiosas, culturais, entre outras. De fato, a negação ou encobrimento de ideias suicidas é um problema que se coloca para a pesquisa nesta área (American Psychiatric Association, 2003).

1.1.2 A Tentativa de Suicídio e o Para-Suicídio

De entre os comportamentos suicidários abordados, o conceito de para-suicídio é aquele que teve o seu surgimento mais tardiamente. Tal deveu-se em parte à necessidade cada vez mais sentida, de perceber melhor a disparidade entre as estatísticas do suicídio e as das tentativas de suicídio. A questão da intencionalidade letal é fulcral para se proceder à distinção entre tentativa de suicídio e para-suicídio. No caso da tentativa de suicídio, o objetivo seria a morte, mas, por qualquer motivo, esse objetivo não foi alcançado. No caso do para-suicídio estaríamos perante uma situação primordialmente de apelo, onde o objetivo não seria a morte, mas sim a alteração de condições existenciais (Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001; Saraiva, 1995; Saraiva, 2010; Teixeira, 2010). Como forma de distinção entre tentativa de suicídio e para-suicídio, Kleir (1986 cit. in Saraiva, 2006) apresentou um exemplo esclarecedor: *“ Um velho que deixa uma carta de despedida e toma uma dose excessiva de psicofármacos desejaria a morte; um jovem que toma um caixa de psicofármacos e chama por alguém não desejaria morrer. Ambos poderão dar entrada num Serviço de Urgências, mas enquanto o primeiro parece corresponder a um suicídio frustrado, o último é um para-suicídio”*.

De acordo com alguns autores as tentativas de suicídio englobam todos os atos ou gestos não fatais de auto-mutilação ou auto-envenenamento, contudo devido a alguns fatores, isto é, falhas ou erros, o suicídio não é consumado (Gonçalves, Freitas & Sequeira, 2011; Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001; Teixeira, 2010). Propositadamente não é incluída nesta definição a intenção de morte, pois muitas vezes é difícil de precisar, e que levou a uma divisão entre tentativas de suicídio “leves” e “sérias”, consoante é expresso, ou não, o desejo de morrer. Segundo Oliveira, Amâncio e Sampaio (2001), a definição de tentativa de suicídio é imprecisa, uma vez que a intenção de morrer, que está subjacente aos atos descritos, é muito difícil de avaliar e quantificar. Estima-se que o número de tentativas de suicídio supere o do suicídio em pelo menos 10 vezes (Chachamovick, Stefanello, Botega & Turecki, 2009; OMS, 2003 cit. in Botega, 2007).

Para além da ideação e das tentativas de suicídio, alguns autores consideram o para-suicídio como o fator de risco mais importante na prevenção da conduta suicida (Kreitman 1997, cit. in Comtois, 2002). De acordo com a OMS (2006), o para-suicídio corresponde a uma conduta não fatal e não habitual num indivíduo, na qual não é claramente apresentada a intenção de morrer. O conceito engloba todos os atos de auto-destruição e auto-mutilação deliberada, e diz respeito aos comportamentos auto-destrutivos, cujo objetivo primário é outro que não a morte. A maioria dos sujeitos que realizam estes comportamentos não apresenta nenhuma intenção ou desejo de morrer. Muitas vezes a motivação que leva estas pessoas a auto-agredirem-se reside na raiva que sentem e que não a transpõem para outro objeto mas sim para si próprias, como uma forma de obter atenção de alguém, para regular emoções que não conseguem tolerar ou para prevenir um surto psicótico (Bostwick & Cohen, 2009; Saraiva, 1995; Saraiva, 2006; Teixeira, 2010).

Menninger (1938) terá sido um dos investigadores pioneiros a debruçar-se sobre este fenómeno. A demonstração mais usual da automutilação é através do corte superficial no pulso ou no antebraço, sendo as feridas frequentemente escondidas pelo sujeito. Quando o sujeito se corta e sangra, o seu objetivo é o de conseguir afastar os medos, aliviar a tensão e sentir-se reconfortado ou gratificado. Existe uma procura da dor pelo seu efeito suavizante no estado psicológico doloroso ou conturbado que vivencia, até que os medos voltam, sente vergonha e receia não ser bem aceite socialmente, pelo que tenta esconder as feridas. Considera-se que estes comportamentos se verificam porque são um desafio à morte (Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001; Vaz Serra, 2006).

Gunnel e Frankel (1994) realizaram um estudo no qual observaram que cerca de 47% dos sujeitos que cometeram o suicídio já tinham uma história prévia de para-suicídio (Comtois, 2002). Outros estudos desenvolvidos sobre a mesma temática concluíram que metade das pessoas que cometem o suicídio apresentam na sua história episódios para-suicidas, sendo que cerca de 25% destes o realizaram no ano anterior à sua morte (Faoater, Gillespie, McClelland, 1997 cit. in Comtois, 2002).

Do ponto de vista teórico, a principal distinção entre para-suicídio e tentativa de suicídio encontra-se ao nível da intencionalidade de atingir a letalidade. Esta distinção, que na teoria parece ser clara e inequívoca, na prática é extraordinariamente difícil de avaliar, sem margem para dúvidas quanto ao grau de intencionalidade fatal, mesmo quando é possível questionar os sobreviventes sobre o seu objetivo (Canetto, 2008; Teixeira, 2010). É importante referir que em ambos os comportamentos, está subjacente uma dor psicológica profunda (Shea, 2002), e um turbilhão de sentimentos que por vezes são demasiado profundos e angustiantes para permitir ao indivíduo perspetivar outra saída, para além da que é “oferecida” por um comportamento suicidário, e que, por esse motivo, ambos os comportamentos devem ser encarados com seriedade a fim de evitar um desfecho mais sério (Pinto, 2010; Teixeira, 2010).

Em suma, a maioria dos casos de suicídio, tentativas de suicídio, para-suicídio ou ideação suicida estão presentes, concomitantemente, a diagnósticos de patologias do foro mental, nomeadamente perturbações do espectro do humor e perturbações de personalidade, bem como consumos de álcool e drogas, independentemente da população, género, idade ou contexto socioeconómico (Meltzer et al., 2002 cit. in Gil, 2006; Cheng, 1995; Conwel et al., 1996; Costa Santos, 1998 cit. in Saraiva, 2006; Weaver et al., 2007; Baby et al., 2006; Moreira, 2010).

1.2 Fatores de risco

O suicídio é um fenómeno complexo e multidimensional, um plano de fuga que se transforma na própria fuga, e é consensual entre os investigadores desta problemática, de que não há um único fator capaz de conduzir à tentativa de suicídio, mas há uma concorrência de diversos fatores: depressão, alcoolismo, uso de substâncias, desemprego, perda de suporte social e familiar, impulsividade/agressividade, desesperança, psicopatologias, dor psíquica insustentável (Chachamovich, Stefanello, Botega & Turecki, 2009; Oliveira & Coutinho, 2006; Teixeira, 2011; Silva, 2012), fatores etiológicos, biológicos, sociais, culturais e ambientais (Bertole & Fleischmann, 2002 cit. in Botega, 2007; Loureiro, 2006; Pinto, 2011).

Os comportamentos suicidários surgem quando uma pessoa se depara com diversas situações geradoras de grande *stress* e ansiedade e se sente incapaz para lidar com elas, e de as resolver. Tais sentimentos podem intensificar-se de tal forma que passem a caracterizar a ideação suicida (ideias e vontade de morrer). O risco de suicídio pode diminuir ou desaparecer aos poucos em função das estratégias utilizadas pela pessoa para fazer face aos problemas que fomentam o seu sofrimento e/ou em decorrência de ajuda psicológica ou tratamento psiquiátrico (Wasserman, 2001; Gonçalves, Freitas & Sequeira, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (2006) defende que os comportamentos suicidas são mais comuns em certas circunstâncias devido a fatores culturais, genéticos, psicossociais e ambientais. De acordo com esta organização os fatores de risco gerais incluem fatores como: (1) o estatuto sócio-económico e nível de educação baixos; (2) a perda de emprego; (3) o *Stress* social; (4) os problemas com o funcionamento da família, relações sociais e sistemas de apoio; (5) trauma, tal como o abuso físico e sexual; (6) as perdas pessoais e (7) perturbações mentais, tais como a depressão, perturbações de personalidade, esquizofrenia e abuso de álcool e de substâncias. A par destes fatores, são ainda identificados: (1) sentimentos de baixa auto-estima ou de desesperança; (2) questões de orientação sexual (tais como homossexualidade); (3) comportamentos idiossincráticos, tais como o estilo cognitivo e a estrutura da personalidade; (4) pouco discernimento, falta de controlo da impulsividade e comportamentos auto-destrutivos; (5) poucas competências para enfrentar problemas; (6) doença física e dor crónica; (7) exposição ao suicídio de outras pessoas e (8) acesso a meios para conseguir fazer-se mal e acontecimentos destrutivos e violentos, tais como guerra ou desastres catastróficos (OMS, 2006).

Por seu turno, Wasserman (2001 cit. in Vaz Serra, 2006) defende que o comportamento suicidário se pode dever a uma miríade de fatores que juntos concorrem para ajudar a explicar este fenómeno, tais como a predisposição genética, experiências precoces traumáticas, doenças crónicas, sensibilização a diversos acontecimentos de vida e o abuso de álcool e drogas ilícitas.

Estima-se que cerca de 90% dos indivíduos que puseram fim às suas vidas padeciam de alguma perturbação mental e que, na altura, 60% deles estavam deprimidos. Na verdade,

todos os tipos de perturbação de humor têm sido claramente associados aos comportamentos suicidas. A depressão e os seus sintomas (como por exemplo, tristeza, letargia, ansiedade, irritabilidade, perturbações de sono e da alimentação) devem ter sido tidos em conta como um potencial fator de risco de suicídio (Vieira & Coutinho, 2008).

O risco elevado de suicídio também tem sido associado com esquizofrenia, abuso de substâncias, perturbações da personalidade, perturbações da ansiedade, incluindo perturbação de *stress* pós-traumático, e co-morbilidade destes diagnósticos. (Harris & Barraclough, 1997; Beautrais & cols, 1996; Ros & Arranz, 2006; OMS, 2006; Prieto & Tavares, 2005; Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2008). Aproximadamente 10 a 15% dos indivíduos com esquizofrenia cometem suicídio, é consistentemente a causa de morte mais comum entre os indivíduos que sofrem de psicose. Uma maior compreensão pessoal sobre a própria perturbação mental, poucos anos em tratamento, e sintomas severos de depressão estão associados com um risco maior de suicídio em indivíduos da população psicótica (Ros & Arranz, 2006; Prieto & Tavares, 2005; Moreira & Gonçalves, 2010). Assim, as perturbações psiquiátricas são geralmente um fator necessário, contudo não suficiente, para cometer o ato suicida (Ros & Arranz, 2006).

Os efeitos do uso do álcool na presença de desafios significativos e de situações *stressantes* da vida podem levar a uma visão mais estreita da realidade e potencialmente a infligir-se mal. O alcoolismo, particularmente na presença da depressão e de perturbações de personalidade, também podem aumentar o risco de suicídio (Campos & Corrêa, 2006; OMS, 2006; Ros & Arranz, 2006; Loureiro, 2006). Segundo a OMS (2000), cerca de um terço dos casos de suicídio encontram-se relacionados com a dependência de álcool, pois 5% a 10% das pessoas dependentes de álcool põem fim à sua vida através do suicídio e nesse momento muitos deles encontram-se sob a influência do álcool.

As doenças físicas também constituem um peso importante como fator de risco para o suicídio (Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2008). Entre as doenças que apresentam maior risco, encontram-se as perturbações neurológicas, o cancro, a sida e as doenças crónicas. Os indivíduos com estas patologias apresentam uma ideação suicida e tentativas superiores às dos indivíduos sem qualquer doença médica (Packman, Marlitt, Bongar, Pennuto, 2004; OMS, 2000; Ros & Arranz, 2006; Stenager & Stenager 2002 cit. in Ferreira, Colombo, Guimarães, Soeiro, Dalgalarondo & Botega, 2007).

Os indivíduos suicidas sofrem frequentemente maiores problemas no contexto de vida do que os indivíduos não-suicidas, incluindo histórias de abuso, problemas familiares, questões culturais, dificuldades de relação interpessoal, e exposição a *stress* externo ou crónico. Em conjunto com o humor depressivo, esta carga ambiental aumenta a probabilidade de suicídio. Na verdade, o sentimento de desesperança decorrente de circunstâncias difíceis da vida constitui um indicador ainda mais potente do risco de suicídio do que a depressão por si mesma (Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2008; OMS, 2006; Saraiva, 2010).

Tentativas de suicídio anteriores aumentam o risco de suicídio. Além disso, os fatores de risco mais importantes incluem a ideação persistente sobre fazer-se mal e planos definidos

e preparações para cometer suicídio. Portanto, os maiores riscos apresentam-se quando o indivíduo tem os meios, a oportunidade, um plano específico para consumir o suicídio e a falta de algo ou alguém que o detenha (Organização Mundial de Saúde, 2006). Assim, um dos fatores de maior importância, se não mesmo o mais importante, quando se fala de ideação suicida, é a conduta suicida prévia. Segundo vários autores, a presença de várias tentativas de suicídio é considerada um grande fator de risco para consumir o ato suicida (Joiner, Walker, Rudd & Jobes, 1999 cit. in Bridge, Goldsteins & Brent, 2006; Packman, Marlitt, Bongar & Pennuto, 2004, OMS, 2006; Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2008). Estima-se que cerca de 15% dos sujeitos que cometeram uma ou mais tentativas de suicídio acabam por consumá-lo (Cullberg, Wasserman & Stefansson, 1988 cit. in Ros & Arranz, 2006). Assim, a tentativa de suicídio é provavelmente o preditor mais forte do suicídio consumado, constituindo o fator de risco mais importante de qualquer perturbação psiquiátrica (Harris & Barraclough, 1997 cit. in Ros & Arranz, 2006). A par deste fatores, estão também presentes nos indivíduos com ideação suicida sentimentos como, a culpa, a vergonha, a hostilidade, a vingança, o medo ou o sacrifício (Saraiva, 2006).

1.3 Prevalência de Comportamentos Suicidários

Historicamente, Portugal a par de outros países do sul da Europa, como Espanha, Itália ou Grécia, tem taxas de suicídio consideradas baixas quando comparadas com países do Norte, Centro e Leste Europeu (Veiga, 2006). Efetivamente, ao longo dos últimos 50 anos, a prevalência de suicídios em Portugal, tem rondado os 10 suicídios por 100.000 habitantes (WHO, 2006). No que diz respeito à distribuição geográfica, o sul de Portugal apresenta taxas globais de suicídio mais elevadas que o norte. A Norte do país as taxas de suicídio rondam os 4 suicídios por 100.000 habitantes, enquanto no sul a taxa é de cerca de 20 suicídios por 100.000 habitantes (Sampaio, 1991; Veiga, 2006).

Segundo a Sociedade Portuguesa de Suicidologia (2008), o perfil do suicida em Portugal é o seguinte: “homem, a viver na zona da Grande Lisboa, no Alentejo ou Algarve, desempregado ou reformado, por vezes com internamento psiquiátrico anterior, com múltiplos problemas afetivos, económicos ou de saúde física ou mental, incluindo alcoolismo e distúrbio de personalidade, com prévia ideação suicida ou mesmo tentativa de suicídio anterior acompanhada de avisos subtis ou explícitos, que põe termo à vida por enforcamento, arma de fogo, pesticidas, precipitação, afogamento ou trucidção (Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2008, p.2).

Portugal segue a tendência geral de ter maior prevalência de suicídios perpetrados por mulheres comparativamente aos levados a cabo por homens, isto é, cerca de um suicídio masculino por cada três suicídios femininos, o que leva a que a taxa de suicídios femininos em Portugal ronde os 5 por 100.000 habitantes, de acordo com valores de 2003 (WHO, 2006), o

que significa que entre 2004 e 2008 terão falecido cerca de 1217 mulheres por suicídio em Portugal (INE, 2009). Segundo Maris, Berman e Silverman (2000), as taxas de suicídio variam de acordo com a cultura, etnia e raça, sendo que os indivíduos de raça branca possuem um risco de suicídio superior aos dos outros grupos étnicos (Packman, Marlitt, Bongar & Pennuto, 2004; Teixeira, 2011; Vieira, 2008; Vieira & Coutinho, 2010). Os indivíduos que vivem sozinhos, solteiros, desempregados, com uma escolaridade elevada ou com empregos de alto-risco surgem como os grupos de risco acrescido (Packman, Marlitt, Bongar & Pennuto, 2004; Sampaio, 1991; Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2008; Veiga, 2006). Outros autores sugerem que o suicídio se encontra muitas vezes associado com as perdas, isto é, indivíduos que sofreram a perda de um familiar, ou divórcio apresentam maior probabilidade de cometer suicídio (Teixeira, 2010; Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2008).

Mais difícil do que determinar a incidência de suicídio é determinar a das tentativas de suicídio e ainda mais difícil a de ideação suicida. Estima-se que por cada suicídio consumado existam cerca de 10 a 25 tentativas, sendo que esta proporção ascende a 100-200 no caso dos adolescentes (Maris, 2002).

A prevalência da ideação suicida é bastante difícil de determinar devido à diferente metodologia que em sido utilizada em diversos estudos (escalas utilizadas, períodos de tempo valorizado, definição de ideação suicida, entre outros), o que dificulta a comparação dos dados obtidos nos diferentes estudos. Todavia, calcula-se uma prevalência de cerca de 15 % a 53% de ideação suicida, com resultados superiores no sexo feminino (Ros & Arranz, 2006).

No que diz respeito ao para-suicídio, pode afirmar-se que existe uma disparidade entre as taxas de suicídio e para-suicídio. Enquanto a taxa de suicídio aumentou ligeiramente no século XX, a de para-suicídio subiu de forma dramática nos últimos quarenta anos (Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001).

Verificam-se poucos casos de suicídio antes da puberdade, contudo a sua frequência aumenta durante a adolescência e início da idade adulta (15-35 anos) e nos idosos (acima de 75 anos) (Durkheim, 1976; Loureiro, 2006; Pinto, 2010; Ros & Arranz, 2006; Teixeira, 2011). Nos últimos 50 anos a taxa de suicídio para os indivíduos com idades compreendidas entre os 15-24 anos aumentou cerca de 300% (Capuzzi, 2002 cit. in Santo, 2009), e a média de idades desceu para os 39,9% (Packman, Marlitt, Bongar & Pennuto, 2004).

1.4 Depressão e Suicídio

Segundo Beck (1997), os indivíduos deprimidos apresentam maior ideação suicida, e se por um lado pretendem terminar com a própria vida, por outro, pretendem viver. Também representa fator de risco, a impulsividade do próprio sujeito (Carr & McNulty, 2006).

Estima-se que cerca de 90% dos indivíduos que puseram fim às suas vidas comentendo suicídio tinham alguma perturbação mental e que, na altura, 60% deles estavam deprimidos. Na verdade, todos os tipos de perturbação de humor têm sido claramente associados aos

comportamentos suicidas. A depressão e os seus sintomas (como por exemplo, tristeza, letargia, ansiedade, irritabilidade, perturbações de sono e da alimentação) devem ter sido tidos em conta como um potencial fator de risco de suicídio (Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2008)

Na atualidade, os fenómenos de depressão e do suicídio encontram-se cada vez mais presentes em todos os espaços sociais, afetando os indivíduos independentemente do sexo, faixa etária, raça, estatuto sócio-económico. Embora nenhuma patologia ou acontecimento possa prever o suicídio, existem certas vulnerabilidades que tornam alguns indivíduos mais propensos a cometer um ato suicida do que outros. Dentro das vulnerabilidades, há um maior destaque para a depressão, entendida assim, como um fator de risco para o comportamento suicida (Viera, 2008).

A relação entre suicídio e depressão é estreita, a ponto de o primeiro ser, ainda hoje, considerado por muitos, um sintoma ou uma consequência exclusiva do segundo. Além disso, o comportamento/ideação suicida é considerado como critério de diagnóstico na DSM-IV para a depressão (Vieira & Coutinho, 2011).

Dados da OMS (2006) indicam que o suicídio, geralmente, surge associado a doenças mentais, e que atualmente, a depressão é responsável por 30% dos casos em todo o Mundo.

Assim, torna-se relevante para a prática de psicologia explorar a temática da ideação suicida e depressão, sendo este a maior incidência deste trabalho.

Capítulo II- Tarefa Stroop Clássica

2.1 Stroop Clássico e mecanismos implicados

Há largos anos que os mecanismos atencionais têm vindo a despertar um interesse crescente para a psicologia cognitiva, e também para outros domínios como as neurociências cognitivas, a psicologia social, a psicologia educacional, a inteligência artificial entre outras (Pashler, 1998 cit. in Esgalhado, 2007).

De acordo com Posner (1995) a atenção é um mecanismo cognitivo complexo, cujo funcionamento pode ser influenciado pelos sistemas através dos quais obtemos informações do meio (sistemas sensoriais), pelos sistemas que realizam operações sobre a informação proveniente do exterior ou da memória (sistemas cognitivos) e pelos sistemas através dos quais realizamos ações (sistemas motores). Desta forma, a atenção desempenha funções fundamentais para o desenvolvimento organizado da atividade consciente (Gimeno, 1999). Assim, segundo vários autores, a atenção é considerada um mecanismo cognitivo através do qual exercemos controlo voluntário sobre a nossa atividade percetiva, cognitiva e comportamental. Refere-se à concentração e ao foco da atenção mental, foco esse que é seletivo, divisível e que pode mudar (Matlin, 1983 cit. in Best, 2001; Posner, 1995 cit. in Gimeno, 1999). Quando nos concentramos na realização de uma determinada tarefa, essa parece estar sob o nosso controlo consciente. Isto é, conscientemente decidimos quais os estímulos nos quais vamos focar a nossa atenção, e quais aqueles onde não o vamos fazer. Compreender em que consiste a atenção seria muito mais simples se todas as decisões seletivas fossem realizadas de forma consciente, contudo parece que nem sempre as decisões se processam a esse nível (Best, 2001).

A tarefa Stroop é uma das mais robustas demonstrações da incapacidade que o ser humano possui para “filtrar” completamente a informação da qual não necessita ou é irrelevante (Johnson & Proctor, 2004). As tarefas tipo *Stroop*, ou tarefas de “nomear cores”, têm sido umas das tarefas experimentais mais utilizadas na investigação sobre os mecanismos atencionais. Os seus antecedentes remontam aos trabalhos de Cattell em 1886 (Arana, Cabaco & Sanfeliu, 1977 cit. in Esgalhado, Loureiro & Cabaco, 2003; Gómez & Pastor, 1998).

John Ridley Stroop, em 1935, publica “*Studies of interference in serial verbal reactions*” no *Journal of Experimental Psychology*. Para a história da psicologia cognitiva, este artigo foi considerado um marco muito importante, uma vez que apresenta um dos fenómenos mais misteriosos e raros no âmbito da ciência. O seu grande contributo relaciona-se com o fato de apresentar simultaneamente dois tipos de estímulos que geram conflito por partilharem, de forma original, características que se referem ao mesmo símbolo, (Esgalhado, 2007; Gómez & Pastor, 1998). Na verdade, o Teste Stroop foi originalmente desenvolvido por Stroop (1935) e tem sido amplamente utilizado como teste neuropsicológico para avaliar a

atenção seletiva e aspetos de funções executivas, como a flexibilidade cognitiva e a suscetibilidade à interferência, relacionadas com as disfunções do lobo frontal (Doyle, Biederman, Seidman, Weber & Faraone, 2000; MacLeod, 1991; Strauss, Sherman & Spreen, 2006). O mecanismo psicológico subjacente à tarefa inclui a memória de trabalho, a velocidade de processamento de informação, a ativação semântica e a habilidade para resistir a uma resposta característica (Strauss et al., 2006). Como tal, o Teste Stroop mede a capacidade que o sujeito possui para classificar a informação do seu meio e reagir seletivamente a essa informação (Cabaco, 1998; Macleod, 1991).

O Teste Stroop de Cores e Palavras, na versão original (Stroop, 1935) é constituído por três folhas, contendo cada folha cinco cores (castanho, azul, vermelho, verde e violeta) e as correspondentes palavras impressas, sem que estas se encontrassem impressas na cor que correspondia ao seu significado (e.g. a palavra verde surge impressa nas quatro outras cores, verificando-se o mesmo procedimento para as restantes). Todas as palavras se encontravam replicadas em preto, bem como todas as cores se encontravam duplicadas sob a forma de um quadrado. Assim, uma folha continha as palavras que correspondem aos nomes das cores mas impressas a preto, outra incluía estas mesmas palavras mas impressas nas cores não correspondentes ao seu significado, e a última folha era constituída por quadrados impressos em cores (Esgalhado, 2010; Macleod, 1991).

Como tal, na primeira folha os sujeitos teriam que ler as palavras impressas em preto, na segunda os participantes teriam que identificar a cor na qual um conjunto de X's, por exemplo, estava impresso e por fim na última folha os sujeitos teriam que nomear a cor na qual as palavras se encontravam escritas, palavras essas que eram nomes de cores, incongruentes com as cores nas quais as palavras se encontravam escritas (e.g. verde escrito a tinta castanha) (Gómez & Pastor, 1998; Macleod, 1991).

A Tarefa Stroop avalia a capacidade do sujeito para extrair e classificar informação do seu meio e reagir seletivamente a essa mesma informação (flexibilidade cognitiva). A palavra colorida na tarefa Stroop provoca uma resposta verbal automática que ativa muitas das mesmas funções que são necessárias para nomear cores. Por outro lado, a velocidade de ambas as reações é tão elevada, que a resposta de ler palavras ocupa os mesmos canais neuropsicológicos que a resposta dada ao nomear a cor necessita para poder ser processada. Em suma, os estímulos Stroop ativam um processo automático de resposta verbal (nomear a palavra) que interfere com o nomear das cores aprendido conscientemente. Como tal, produzem-se dois processos atencionais conjuntamente: processamento automático e processamento controlado. Nesta base, a lâmina de interferência Stroop mede basicamente a capacidade do sujeito para classificar informação do seu meio e reagir de maneira seletiva à mesma (Arana, Cabaco & Sanfeliu, 1997 cit in, Cabaco, Colás, Hage, Abramides & Loureiro, 2002).

O que se pretendia demonstrar com o efeito stroop, era que os sujeitos demoravam mais tempo e cometiam mais erros, a nomear as cores quando as palavras apresentavam cores diferentes da tinta com que estavam escritas (por exemplo, a palavra vermelha escrita

a tinta azul), do que quando a palavra não era o nome de uma cor (por exemplo, cadeira escrito a tinta azul) (Ausina, 1999; Macleod, 1991; Strauss et al., 2006). Este efeito evidencia que embora a nomeação das cores das palavras fosse o pretendido, os sujeitos não eram capazes de bloquear a leitura das mesmas, dado que o nome da cor interfere com a cor em que a palavra se encontra escrita. Trata-se de uma clara limitação no processamento seletivo das características e dos estímulos. Se a capacidade de seleção da atenção fosse “perfeita”, o sistema cognitivo conseguiria que a dimensão irrelevante não afetasse o rendimento dos sujeitos na realização do teste Stroop (Ausina, 1999; Cox, Fadardi & Pothos, 2006; Johnson & Proctor, 2004; Macleod, 1991; McClain, 1983, cit in Herreras & Cela, 2006).

Em suma, uma explicação simples do “efeito Stroop” é que a diferença entre nomear a cor e ler a palavra se deve à velocidade de processamento. Os sujeitos são mais rápidos a ler as palavras do que a nomear as cores. Por causa disso, assume-se frequentemente que a palavra atinge o estágio de processamento de resposta primeiro do que a informação relativa à cor. Se a palavra coincide com a cor, isto tornará a nomeação mais fácil; se a palavra entra em conflito, a interferência tem de ser ultrapassada de forma a gerar uma resposta correta, o que leva a um maior tempo de resposta na nomeação da cor (Esgalhado, 2007, 2010).

Desde o surgimento do Teste Stroop, que vários foram os autores que utilizaram e redesenharam esta tarefa, tendo surgido diversas alterações ao mesmo. As versões são numerosas. Desde a utilização de estímulos auditivos, passando por forma geométricas, diferenças no tipo de resposta que se pretendia obter, o tamanho dos estímulos, entre outras (Gómez & Pastor, 1998).

2.2 Âmbitos de aplicação do Stroop Clássico

O teste Stroop foi inicialmente concebido como um instrumento de *screening* do funcionamento cognitivo (Stroop, 1935), e atualmente continua a sê-lo, pelo que faz parte de um grande número de baterias de avaliação neuropsicológica. É um instrumento útil, quer para despiste de lesões orgânicas, quer no diagnóstico de perturbações psiquiátricas ou de alterações no funcionamento de diferentes processos cognitivos (Cabaco, 1998; Esgalhado, 2007). Entre os instrumentos de avaliação psicológica, o teste Stroop possui um estatuto privilegiado, uma vez que apresenta um elevado grau de confiabilidade na identificação das diferenças individuais, quer em indivíduos que não apresentem problemas, quer em indivíduos com perturbações (Jensen & Rowe, 1966 cit. in Esgalhado, 2007; Arana, Cabaco & Sanfeliú, 1997).

No último meio século foram publicados cerca de 400 estudos nos quais se recorreu ao teste Stroop (MacLeod, 1991 cit. in Cabaco et al., 2002; Esgalhado, Loureiro & Cabaco, 2003). Golden, em 1998, salienta que nos últimos vinte anos, as publicações sobre o efeito Stroop aumentaram cerca de 200 %, comparativamente com os primeiros quarenta anos, após o

surgimento da prova. Estes dados vêm demonstrar não só a importância e pertinência, como a atualidade deste fenómeno (Arana, Cabaco & Sanfeliú, 1997 cit. in Esgalhado, 2007). A elevada utilização do teste Stroop de cores e palavras em diversos estudos, denotam, assim, a grande utilidade e abrangência deste, nos mais diversos domínios e com distintos objetivos. Diferentes investigações utilizam este instrumento na pesquisa dos domínios da cognição e da personalidade, na psicopatologia experimental e no diagnóstico e compreensão de disfunções cerebrais orgânicas (Golden, 1998 cit. in Esgalhado et al., 2010). No campo da avaliação neuropsicológica, é utilizado na avaliação da epilepsia (Dodrill, 1978 cit. in Esgalhado, 2007), para a identificação de problemas em áreas cerebrais específicas do lobo frontal (Regar, 1981 cit. in Esgalhado, 2007), ou em outros problemas relacionados com os hemisférios cerebrais (Golden, 1978 cit. in Esgalhado, 2007). Por exemplo, estudos recentes intitulados de “*Neural correlates of inhibitory deficits in depression*” (Eugène, Johrmann, Cooney, Atlas & Gotlib, 2010) ou “*Lower activation in the right frontoparietal network during a counting Stroop task in a cocaine-dependent group*” (Barrós-Loscertales, Bustamante, Ventura-Campos, Llopi, Parcet et Ávila, 2011) evidenciam a utilização deste teste.

A tarefa reveste-se, ainda, de grande utilidade na investigação de uma série de processos psicológicos fundamentais, tanto em indivíduos sem problemas (normativos), como em indivíduos com perturbações, permitindo analisar um conjunto de dimensões básicas que se encontram fortemente associadas à flexibilidade cognitiva, à resistência, à interferência oriunda de estímulos exteriores ao sujeito, à criatividade, à patologia e à complexidade cognitiva (Esgalhado et al., 2010; Herreras & Celas, 2006; McGanagle, Zhao, Nelson, Hughes, Eshleman, Wittchen & Kendler, 1994 cit. in Esgalhado, Loureiro & Cabaco, 2003; Williams; Mathews & MacLeod, 1996). Desta forma, a existência de uma abundante literatura sobre o tema, a diversidade de temáticas e de campos abrangidos, bem como as amplas possibilidades de utilização, com o objetivo de diagnóstico, clínico, preditivo, entre outros, permitem vislumbrar um interesse gradual por esta tarefa (Cabaco, 1998), constituindo-se este teste como uma medida básica e fiável de processos relevantes para o estudo do processamento cognitivo, dado que, as numerosas investigações realizadas com esta prova dão ênfase às duas potencialidades, tanto em termos clínicos como experimentais (Esgalhado et al., 2010).

Como tal, este teste constitui uma medida básica e fiável de processos importantes para o estudo do processamento cognitivo. Vastas investigações realizadas com esta prova fazem ênfase às duas potencialidades, tanto em termos clínicos como em termos experimentais (Esgalhado, 2007)

Capítulo III Tarefa Stroop Emocional

3.1 Stroop Emocional

Atualmente, as teorias cognitivas conferem um papel importante ao processo atencional quando tentam explicar o surgimento de problemas psicopatológicos, evidenciando assim, a forte influência que os processos emocionais exercem sobre os processos cognitivos (Williams, Watts, MacLeod & Matthews, 1997 cit. in Baños, Quero & Botella, 2004). Segundo Greco (1993), a predisposição atencional é um aspeto fulcral nas modificações da conduta emocional, sendo assim explicada a importância que adquiriu no âmbito aplicado, quer a nível do diagnóstico, quer ao nível preditivo. As investigações realizadas na área da Psicopatologia têm-se centrado na análise da forma como a atenção seletiva e emocional perante estímulos relevantes, pode afetar a realização de certas tarefas, nas quais o processamento de informação se caracteriza por ser dissociador.

Uma das metodologias utilizadas para investigar os fenómenos de interferência, do material emocional no processamento cognitivo, é o teste Stroop emocional (Williams, Mathews & MacLeod, 1996 cit. in Dresler, Mériaux, Heekeren & Meer, 2009). Este instrumento surge da modificação do Teste Stroop Clássico, verificando-se que quando as palavras do teste apresentavam uma conotação emocional para os sujeitos, ocorriam atrasos significativos na nomeação das cores. Foi Klein em 1964, o pioneiro a referenciar esta evidência, sendo posteriormente Geller e Shaver, em 1976, a demonstrar que a velocidade para nomear as palavras emocionais poderia ser um indicador das preocupações ou ansiedades dos sujeitos. As palavras que diziam respeito a conteúdos emocionais, como “tristeza” ou “morte” produziam, no sujeito, uma interferência maior do que as palavras neutras, como “mesa” ou “árvore”. Tais estudos, vieram demonstrar a importância do teste stroop emocional como um método cognitivo eficaz na psicologia clínica (Cabaco, 1998).

O Teste Stroop emocional constitui uma variante da interferência do stroop clássico. Assim sendo, o Teste Stroop emocional caracteriza-se pela apresentação de palavras que possuem um conteúdo afetivo (positivo ou negativo) e um conteúdo neutro, e quando as palavras da tarefa apresentam uma conotação emocional para os sujeitos, são verificados atrasos significativos na nomeação das cores. De acordo com alguns autores, esta versão da prova original surgiu essencialmente para os pacientes que apresentavam algum tipo de psicopatologia (Cabaco 1998; Herreras & Cela, 2006; Mathews e MacLeod, 1985 cit. in Gómez & Pastor, 1998).

Segundo Greco (1993) esta prova foi utilizada com diferentes finalidades, sendo uma delas a possibilidade de ser uma ferramenta clínica de avaliação, uma vez que recorrendo a estímulos sociais, físicos ou ameaçadores, relacionados com a patologia em questão, verifica-se que os sujeitos que padecem dessa patologia despendem mais tempo a reagir face aos estímulos, do que os sujeitos que não apresentam a mesma. De acordo com McKenna e

Sharma (2004), se a palavra utilizada no teste stroop possuísse conteúdo emocional, verificava-se uma maior interferência do que se essa palavra não contivesse conteúdo emocional. Mais concretamente, postula-se que os sujeitos que sofrem de algum distúrbio psicopatológico, atendem preferencialmente à informação que se encontra relacionada com os seus problemas, preocupações ou medos.

Como no Stroop Emocional o estímulo semântico pode ser controlado de várias formas, esta torna-se uma tarefa bastante versátil, tendo sido já utilizada, por exemplo, para patologias como a bulimia, anorexia, tabagismo, fobia a aranhas, perturbações alimentares (Bar-Haim, Lamy, Pergamin, 2007; Watts, Trezise & Sharrock, 1986; Williams et al., 1996). A escolha das palavras ameaçadoras para compor a tarefa Stroop emocional é feita de acordo com as características da patologia a investigar. Assim, por exemplo, nas perturbações alimentares, utilizam-se palavras relacionadas com dietas e alimentos, no Alcoolismo as palavras estão relacionadas com a bebida, nas perturbações de ansiedade, procura-se avaliar o foco da ansiedade, enquanto no *stress* pós-traumático utilizam-se palavras com o tipo de evento que originou o trauma (Esgalhado, Loureiro & Cabaco, 2003; Montagnero, Lopes & Galera, 2012).

Em suma, alguns estudos que recorreram ao teste Stroop emocional demonstraram que o tempo de resposta para nomear a cor, quando se encontrava escrita uma palavra emocional, era maior para os sujeitos que sofriam da perturbação emocional sobre a qual o teste stroop incidia, do que para os sujeitos sem qualquer perturbação (Quero, Baños & Botella, 2000; Williams, Watts, MacLeod & Mathews, 1997 cit. in Pérez, Rivera, Fuster & Rodríguez, 1999). Na maioria, os autores dos estudos acreditam que o efeito causado pelo estímulo emocional nas tarefas tipo Stroop, se deve ao fato de os estímulos prenderem os recursos atencionais do indivíduo (Pérez, Rivera, Fuster & Rodríguez, 1999).

Na verdade o material emocional suscita mais recursos de processamento de informação devido à ativação de estruturas específicas de conhecimento, que representam ameaças pessoais (Mogg, Mathews & Weinman, 1989 cit in Cabaco, 1998) do que o material neutro. Desta forma, a interferência pode dever-se ao esforço cognitivo que é feito para impedir que o material emocional se torne consciente (Ruiter & Brosschot, 1994 cit. in Cabaco, 1998), ou pela dificuldade de manter o foco atencional (Eysenck, 1982 cit. in Cabaco, 1998). Neste sentido, o fenómeno de interferência atencional surge quando é solicitado ao sujeito que responda às características físicas de uma palavra (ex. a sua cor) e não ao seu significado e isto acontece porque apesar da instrução, a pessoa responde a ambas dimensões, verbal e física, o que leva a tempos de reação mais lentos e a um maior número de erros (Calleja & Pozo, 2010). Verifica-se pois, que na tarefa Stroop emocional, as palavras apresentadas com valência emocional para os sujeitos servem para avaliar os vieses atencionais associados às mesmas (Calleja & Pozo, 2010), dado que os sujeitos, dirigem a sua atenção, de uma forma automática, para o significado das palavras com carga emocional positiva ou negativa, pelo que restam menos recursos cognitivos para a tarefa principal, nomear a cor (Williams, Mathews & MacLeod, 1996).

O efeito de interferência encontra-se presente nos diversos comportamentos clínicos, sobretudo nos de grande repercussão, como a ansiedade (Torres, Hernández-Pozo, Castillo, Coronado & Cerezo, 2009), a depressão, as perturbações alimentares, as perturbações de pânico (Quero, Baños & Botella, 2000; Esgalhado et. al, 2010) e nos comportamentos aditivos, baseando-se, desta forma, no fato de que alguns sujeitos exibem uma sensibilidade peculiar perante determinados estímulos físicos e situações ambientais, cujo significado está intimamente relacionado com as suas preocupações específicas (Acero, 2003). Como por exemplo, o estudo de Williams e Broadbent (1986) sobre o efeito stroop nas tentativas de suicídio, que concluíram que os sujeitos tinham tendência a serem mais lentos na nomeação das cores das palavras que estavam associadas ao ato suicida (Greco, 1993). Outros autores aplicaram-no em pacientes com espectro depressivo, verificando que o viés atencional apenas se manifesta em pacientes que apresentem uma depressão major (Gallardo, Baños, Belloch & Ruipérez, cit. in Herreras & Celas, 2006).

3.2 Descrição da Tarefa Stroop Emocional

Foi no ano de 1935, quando John Ridley Stroop publicou o seu estudo intitulado “*Studies of interference in serial verbal reactions*”, que surgiu o fenómeno Stroop. Como referido anteriormente, a Tarefa Stroop Emocional (*Modified Stroop Color Naming Procedure*), surge da versão modificada do teste de atenção visual seletiva desenvolvido pelo autor John Ridley, com o intuito de ser aplicada a pacientes que apresentavam algum tipo de psicopatologias (Stenberg, 2007). Nesta prova as lâminas são constituídas por palavras perigosas ou ameaçadoras, palavras que possuem valência/conteúdo afetivo (positivo ou negativo) e um conteúdo neutro (Herreras & Celas, 2006). Nesta tarefa são apresentados aos sujeitos estímulos que contêm informações afetivas distintas, isto é, positivas ou negativas e informações neutras. É solicitado aos sujeitos que nomeiem a cor da palavra, especificamente relevantes para a sua patologia, o mais rápido possível, ignorando o significado da mesma (Gómez & Pastor, 1998; Williams, Mathews & MacLeod, 1996; Williams, Watts, MacLeod & Mathews, 1998), ou seja, é solicitado aos sujeitos que nomeiem as cores nas quais as palavras, com valência emocional negativa, palavras-controle ou sem qualquer valência emocional, foram impressas. O fenómeno denominado interferência de *Stroop* emocional, ocorre devido a uma lentificação na nomeação das cores das palavras, quando estas apresentam conteúdo emocional significativo para o sujeito (Dresler, Mériaux, Heekerem & Meer, 2009; McKenna & Sharma, 2004; Williams, Mathews & MacLeod, 1996 cit. in Johansson, Carlbring, Ghaderi & Andersson, 2008; Strauss & Allen, 2006). A tarefa pressupõe que sejam mostradas aos sujeitos palavras que se associem à problemática em questão, por exemplo, para um Stroop emocional sobre comportamento alimentar apresentam-se palavras como “dieta”, “gorda”. Este conteúdo emocional apresenta um efeito disruptivo nas funções

cognitivas do indivíduo, uma vez que se encontra relacionado com a problemática da qual o sujeito padece (Cabaco, Colás, Hage, Abramides & Loureiro, 2004; Fuster & Rodríguez, 1999).

No que se refere à área da Psicopatologia as investigações têm-se centrado na análise de como a atenção seletiva e emocional a estímulos relevantes pode afetar a realização de determinadas tarefas, nas quais o processamento da informação se caracterizaria por ser dissociador. Como tal, o protocolo de *screening* Stroop emocional poderia ser utilizado como ferramenta clínica de avaliação, uma vez que fazendo uso de estímulos ameaçadores, tanto físicos como sociais, relacionados com a patologia estudada- no caso desta investigação deteção de risco suicida -, os sujeitos que padecem de tal patologia podem demorar mais tempo a reagir ante estes estímulos do que sujeitos que não padecem da mesma (Greco, 1993).

Alguns dos trabalhos de Stroop emocional, que contêm palavras emocionais positivas, possuem algumas limitações metodológicas, que resultam principalmente da incapacidade de equilibrar as palavras positivas e negativas por intensidade emocional, possuindo as palavras negativas uma intensidade superior às positivas (McKenna & Sharma, 2004; White, 1996 cit, in Strauss & Allen, 2006). Todavia, esta limitação é superada pelos resultados produzidos devido ao teste Stroop dificilmente serem afetados pela negação deliberada dos sintomas, uma vez que a realização apenas se pode distorcer voluntariamente se a nomeação da cor das palavras for atrasada (Williams, Watts, McLeod & Mathews, 1997).

3.3 Estudos com o Stroop Emocional

A tarefa Stroop emocional, tem vindo a ser utilizado nos mais variados contextos, tendo existido cerca de 1059 investigadores diferentes que se debruçaram em estudos com diversos sujeitos detentores de diversas perturbações, nomeadamente, perturbações de ansiedade, fobias, doenças crônicas, perturbações alimentares, abuso de substâncias, perturbação de *stress* pós-traumático, perturbações de pânico, depressões, vítimas de violações, entre outras, tendo como finalidade verificar de que forma a informação é processada seletivamente. Os numerosos estudos que utilizaram esta tarefa têm demonstrado que o tempo de resposta em nomear a cor, na qual uma palavra emocional é impressa, é maior em pessoas que são afetadas por uma perturbação emocional (Williams et al., 1997). Na sua maioria os investigadores assumem que o efeito causado pelos estímulos emocionais em tarefas, tais como o Stroop, se deve aos estímulos de captação de recursos de atenção da pessoa (Pérez et al, 1999). Ao contrário do que acontece na Tarefa Stroop Clássica, a resposta para a palavra é suprimida antes da resposta para a cor. Contudo, no Stroop emocional o estímulo semântico pode ser controlado de várias formas, uma vez que se caracteriza por ser uma tarefa bastante versátil e sendo utilizada, por exemplo, com palavras relacionadas ao

tabagismo e alcoolismo, à bulimia, anorexia, dor crônica, aracnofobia, entre outras (Williams et al., 1996 cit. in Montagnero et al., 2008).

Como tal, atualmente o teste Stroop Emocional é uma das técnicas mais utilizadas em diferentes patologias. Conforme se observa na Tabela 1.

Tabela 1. Estudos que recorreram ao Teste Stroop Emocional.

Autores	Conteúdo das palavras das lâminas	Participantes	Principais conclusões: Maior interferência
Gotlib & McCann (1984)	Depressão; Manias; Palavras neutras.	Depressão leve (15); Sem depressão (15).	Nos sujeitos depressivos e nas palavras depressivas.
Williams & Nulty (1986)	Palavras negativas; Palavras neutras; OOOO`S	Depressão moderada (19); Não deprimidos (19).	Nos sujeitos depressivos e nas palavras negativas.
Gotlib & Cane (1987)	Depressão; Manias; Palavras neutras.	Pacientes deprimidos internados (34) (a) Testados na admissão; (b) Testados na saída. Indivíduos não depressivos (14).	Nos pacientes depressivos antes do tratamento e nas palavras negativas.
Klieger & Cordner (1990)	Palavras negativas; Palavras neutras; Palavras coloridas: OOOO`s	Depressão moderada (21); Sem depressão (14).	Nos sujeitos do grupo deprimido e nas palavras negativas.
Hill & Knowles (1991)	Palavras negativas; Palavras positivas.	Depressão leve (12); Sem depressão (12);	Sem interação entre os grupos de sujeitos e as categorias das palavras.

Ray (1979)	Palavras associadas a exames académicos	Estudantes do último ano de curso, 4 semanas antes dos exames (38); Indivíduos com baixa ansiedade (12); Indivíduos com ansiedade moderada (14); Indivíduos com elevada ansiedade (12).	Nos sujeitos com elevada ansiedade e nas palavras associadas a exames.
Mathews & MacLeod (1985)	Ameaça física; Ameaça social.	Pacientes ansiosos (24); Grupo de controlo.	Nos sujeitos ansiosos e nas palavras ameaçadoras.
Mogg, Brandley et al. (1993)	Ameaça física; Ameaça social.	Sujeitos ansiosos (18); Grupo de controlo.	Nos sujeitos ansiosos e nas palavras ameaçadoras.
Richards & French (1990)	Ameaça; Palavras positivas; Palavras neutras.	Elevada ansiedade (13); Baixa ansiedade (14)	Nos sujeitos com elevada ansiedade nas palavras ameaçadoras.
Golombok et. al (1991)	Ameaça física; Ameaça social; Palavras neutras.	Sujeitos ansiosos (24); Grupo de controlo (24)	Nos sujeitos ansiosos e nas palavras ameaçadoras.
McNally, Kaspary et. al (1990)	Palavras obsessivas; Palavras associadas a Stress Pós-Traumático (PTSD); Palavras positivas; Palavras neutras.	Veteranos da guerra do Vietname com PTSD (15); Veteranos da guerra do Vietname sem PTSD (15).	Nas palavras associadas a PTSD; Sem diferenças nas palavras positivas, neutras e obsessivas.
Foa et. al (1991)	Palavras relacionadas com violação; Ameaça geral; Palavras neutras; “Não-palavras”.	Vítimas violadas com PTSD (15); Vítimas violadas sem PTSD (15); Grupo de controlo (16).	Nos sujeitos violados com PTSD e nas palavras associadas com violação.

McNally, Riemann et. al (1990)	Medo; Sensações corporais; Catástrofes; Palavras neutras.	Perturbação de pânico (14); Grupo de controlo e terapeutas especialistas em pânico (14).	Nos sujeitos com perturbações de pânico e em todas as palavras negativas; Em ambos os grupos nas palavras associadas a catástrofe.
Martin et. al (1992)	Palavras associadas a aranhas; Palavras “controlo”; “Não palavras”; Palavras coloridas.	Crianças com medo de aranhas; Grupo de controlo de crianças.	Crianças com medo de aranhas (palavras associadas a aranhas).
McNally et. al (1992)	Medo; Sensações corporais; Catástrofes; Palavras positivas; XXXX`s	Perturbação de pânico; Perturbação Obsessivo-compulsiva; Grupo de controlo; Elevada vs. Baixa excitação.	Nos sujeitos com perturbação de pânico e nas palavras associadas a catástrofes.
Richards et. al (1992)	Ameaça; Palavras positivas; Palavras neutras.	Elevada ansiedade; Baixa ansiedade.	Nos sujeitos com elevada ansiedade.
MacLeod & Rutherford (1992)	Ameaça relacionada com os exames académicos; Ameaça geral; Palavras neutras.	Elevada ansiedade; Baixa ansiedade- antes e 6 semanas após a realização do exame.	Nos sujeitos com elevada ansiedade e antes do exame.
Foa et. al (1993)	Ameaça geral; Contaminação; Palavras neutras; “Não-palavras”.	Perturbação obsessivo-compulsiva (33); Com rituais de lavagem (23); Com rituais de verificação (10); Grupo de controlo (14).	Indivíduos com rituais de lavagem (POC) nas palavras sobre contaminação; Indivíduos com rituais de verificação (POC) nas palavras sobre a ameaça geral.

Mattia et. al (1993)	Ameaça social; Ameaça física; Palavras neutras; Palavras coloridas; XXXX's	Fobia Social (29); Grupo de controlo (50).	Nos sujeitos com Fobia Social e nas palavras ameaçadoras socialmente.
Fox (1993)	Ameaça; Palavras neutras; Palavras coloridas.	Elevada ansiedade; Baixa ansiedade.	Elevada ansiedade: (a) Estímulos tradicionais; (b) Estímulos separados.
Fox (1993)	Ameaça física; Ameaça social; Palavras neutras.	Elevada ansiedade; Baixa ansiedade; "Repressor"	Sem efeitos significativos envolvendo os grupos.
Lavy et. al (1994)	Palavras negativas; Palavras positivas associadas à POC; Palavras negativas associadas à POC; Palavras positivas; Palavras neutras.	Perturbação Obsessivo-Compulsiva; Grupo de controlo.	Nos sujeitos com Perturbação Obsessivo-Compulsiva e nas palavras negativas.
McNally et. al (1994)	Pânico; Ameaça geral; Palavras positivas; Palavras neutras.	Perturbação de pânico; Perturbação Obsessivo-Compulsiva; Grupo de controlo.	Nos sujeitos com perturbação de pânico e nas palavras ameaçadoras.
Claúdio (1995)	Palavras de ameaça física; Palavras de ameaça social; Palavras neutras	Esquizofrénicos paranoide, sem terapia farmacológica (13); Voluntários normais (13).	Independentemente do tipo de ameaça, física ou social, os esquizofrénicos apresentam tempos médios mais elevados na nomeação da cor que os sujeitos voluntários normais; Nos cartões que contêm palavras não

			ameaçadoras, os tempos médios obtidos pelos esquizofrênicos, são mais elevados.
Kaspi et. al (1995)	PTSD Palavras negativas; Palavras positivas; Palavras neutras.	Veteranos Vietnamitas com PTSD; Veteranos Vietnamitas sem PTSD.	Nos sujeitos com PTSD e nas palavras associadas com a problemática em questão.
Mathews et. al (1995)	Conflito de cores; Ameaça; Palavras neutras.	Ansiosos; Grupo de controlo.	Nos sujeitos ansiosos antes do tratamento; Nos sujeitos ansiosos após o tratamento.
Colina & Knowles (2001)	Palavras positivas; Palavras negativas; Palavras neutras.	Pacientes com depressão (15); Pacientes sem depressão (15).	Nos sujeitos com depressão e nas palavras negativas.
Mitterchiffthaler, Williams, Walsh, Cleare, Donaldson, Scott & Fu (2008)	Palavras neutras; Palavras positivas; Palavras negativas.	Sujeitos com Perturbação Depressiva Major, sem medicação (17); Sujeitos voluntários saudáveis (17).	Nos sujeitos com Perturbação Depressiva Major e nas palavras negativas do que os sujeitos saudáveis.
Cha, Najmi, Park, Finn & Nock (2010)	Palavras relacionadas com o suicídio (morte, funeral); Palavras negativas (sozinho, rejeitado); Palavras neutras (museu, papel).	Sujeitos da urgência psiquiátrica	Nos sujeitos com tentativa de suicídio e nas palavras negativas do que os sujeitos sem tentativas de suicídio.
González, Mercado, Barjola, Carretero, López, Bullones, Sánchez & Alonso (2010)	Palavras negativas; Palavras positivas; Palavras neutras.	Mulheres com diagnosticadas com Fibromialgia (25); Mulheres sem diagnóstico de Fibromialgia (25).	Nas mulheres diagnosticadas com Fibromialgia e nas palavras negativas.

Domes, Mense, Vohs & Habermeyer (2013)	Palavras neutras; Palavras negativas; Palavras relacionadas com a violência.	Sujeitos criminosos com Perturbação de Personalidade Anti-social (35); Sujeitos criminosos sem Perturbação de Personalidade Anti-social (34); Sujeitos saudáveis	Sujeitos criminosos com Perturbação de Personalidade Anti-Social nas palavras negativas e nas relacionadas com a violência.
--	--	--	---

Não existe muitas investigações que tenham associado o suicídio com o teste Stroop, contudo no que concerne às perturbações alimentares pode observar-se que os trabalhos realizados apresentam este teste como bastante fiável e de enorme utilidade, que pela rapidez de execução quer pela simplicidade de interpretação (Ben-Tovin, Walker, Fok & Yap, 1989; Moog, Kentish & Bradley, 1993 cit in Cabaco, Colás, Hage, Abramides & Loureiro, 2002). A hipótese de seleção dos estímulos ameaçadores foi testada e confirmada em sujeitos com os mais variados tipos de transtorno. Por exemplo, pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) levam mais tempo para nomear as cores das palavras ameaçadoras do que as pessoas sem o transtorno (Lavy, Oppen & Hout, 1994 cit in Montagnero et al., 2008). Uma outra finalidade do teste Stroop foi a avaliação da atenção em pacientes com dor crónica. Neste domínio, os resultados demonstram a existência de interferência *stroop* devido aos tempos de reação mais lentos para as palavras desagradáveis no grupo dos pacientes que apresentam dor crónica, contudo não diferem significativamente dos sujeitos do grupo de controlo (Gómez & Pastor, 1998). Um outro estudo realizado por Ray, em 1979, veio demonstrar que os estudantes que se encontravam em fase de pré-exames apresentavam resultados de interferência superiores, na nomeação das cores de palavras associadas aos exames, comparativamente com palavras neutras, e este efeito era maior nos alunos que apresentavam um nível de ansiedade mais elevado (Greco, 1993). Nos distúrbios de ansiedade tem sido demonstrado que os pacientes apresentam viés atencional ameaçando a informação que é congruente com o transtorno (Pérez, Rivera, Fuster & Rodríguez, 1999). No que concerne à depressão, Hill & Knowles (1991 cit. in Gomez & Pastor, 1998) realizaram uma experiência na qual utilizaram a tarefa de Stroop emocional, entre depressivos “puros” e sujeitos não depressivos. E concluíram que os sujeitos depressivos apresentaram uma maior latência de resposta ao nomear as cores das palavras que denotavam emoções positivas e negativas face a palavras de conteúdo neutro e de ameaça (Williams et al., cit in Gomez & Pastor, 1998). Por outro lado, o grupo depressivo “puro” foi significativamente mais lento a nomear as cores das palavras em geral, pelo que este atraso poderá estar associado com as características próprias da depressão (Williams, Mathews & MacLeod, 1996 cit in Callejas, Acosta & Lupiáñez, 2006; Gomez & Pastor, 1998).

Recentemente, a área das Neurociências tem-se debruçado fortemente sobre a Tarefa Stroop Emocional e os seus efeitos em áreas cerebrais nas diversas problemáticas, o que demonstra a elevada utilidade e fidelidade do teste. Por exemplo, em estudos onde o Stroop emocional foi utilizado a par com a ressonância magnética funcional a fim de se estudar as respostas neurais e comportamentais de 18 indivíduos saudáveis e 18 indivíduos com Perturbação Depressiva Major, verificando-se que os sujeitos saudáveis demoravam menos tempo na nomeação que os sujeitos com Perturbação Depressiva Major, a par com um reduzido envolvimento cortical juntamente com o aumento da resposta, nos sujeitos com humor depressivo (Chechko, Augustin, Zvyagintsev, Schneider, Habel & Kellermann, 2013). Foi utilizado também na área da Neuroimagem, com o objetivo de determinar a atividade pré-frontal no processamento emocional em pacientes com Perturbação Bipolar e Perturbação Depressiva Major, os resultados sugerem que as respostas neurais anormais a estímulos emocionais em pacientes com Perturbação de Humor pode ser um traço característico, que os estímulos emocionais negativos estão associados com a respostas pré-frontais semelhantes, e que os estímulos emocionais positivos estão associados a diferentes respostas pré-frontais em pacientes com Perturbação Bipolar e Perturbação Depressiva Major. Em suma, estes resultados indicam que os diferentes circuitos neurais desempenham um papel importante no processamento emocional na Perturbação Bipolar e na Depressão Major, o que pode ajudar na elucidação da fisiopatologia destas duas doenças (Matsubara et al., 2013).

3.4 Stroop Emocional e a sua relação com Depressão e Suicídio

O paradigma *Stroop* tem sido utilizado para demonstrar o viés atencional em diferentes populações clínicas, com distintas patologias, incluindo transtornos de humor e de ansiedade. Estudos com estas populações demonstraram que os participantes apresentam tempos de reação maiores quando expostos aos estímulos associados ao seu comportamento disfuncional, ou seja, estes tendem a nomear mais lentamente a cor das palavras relacionadas com os seus problemas, estímulos emocionalmente relevantes, do que palavras com valência emocional neutra (Williams, Mathews & MacLeod, 1996).

Os resultados empíricos de investigações sugerem que o viés atencional para determinados estímulos relacionados com a perturbação em causa indicam acessibilidade a pensamentos relevantes associados a patologia. Por exemplo, estudos que utilizam a tarefa Stroop Emocional (Williams, Mathews & MacLeod, 1996), demonstraram que a depressão está associada a polarização de atenção relacionada com palavras de conteúdo depressivo. Dados encontrados na literatura (Dewitte et al., 2007; Hazlett-Stevens & Craske, 2003; Kindt et al., 2003; Mogg & Bradley, 2005; Mogg et al., 1995; Puliafico & Kendall, 2006; Williams et al., 1996) evidenciam que pacientes com perturbações depressivas apresentam um aumento do tempo médio de execução da tarefa.

O viés atencional também tem sido teorizado para compreender o caminho para o suicídio. Wenzel e Beck (2008) propuseram a avaliação do viés atencional para o suicídio em combinação com estado de desesperança leva a uma fixação nas ideias de suicídio como a única solução e, conseqüentemente a uma tentativa de suicídio. Como tal, avaliar o viés atencional seria um passo inicial para testar esta teoria e, indiretamente, avaliar a probabilidade de uma futura tentativa de suicídio.

Outros dois estudos debruçaram-se sobre o viés atencional para palavras relacionadas com o suicídio. Williams e Broadbent (1986) investigaram o efeito stroop nas tentativas de suicídio e concluíram que os sujeitos tinham tendência a serem mais lentos na nomeação das cores das palavras que estavam associadas ao ato suicida. Com base neste trabalho, Becker e colaboradores (1999) demonstraram que nos últimos anos, os sujeitos que tinham tido tentativas de suicídio levaram mais tempo para nomear a cor das palavras relacionadas com o suicídio do que as palavras neutras.

Recentemente os investigadores Cha, Najmi, Park, Finn & Nock (2010) concluíram que sujeitos com histórias de tentativas de suicídio apresentavam um viés atencional maior do que os sujeitos sem história prévia de comportamentos suicida. Demonstraram ainda, que o viés atencional era maior em sujeitos que tinham feito tentativas de suicídio recentes. Concluíram ainda, nesta investigação, que o viés atencional no suicídio está associado com o risco de uma futura tentativa de suicídio.

Em suma, são numerosas as investigações que utilizam o teste Stroop emocional para a deteção de patologias em diferentes populações clínicas. A sua rápida e fácil utilização e a sua versatilidade tornaram-no um instrumento privilegiado na prática clínica. A investigação com o Teste Stroop Emocional especificamente para o *screening* de risco suicida é escassa, pelo que se procura contribuir, no presente estudo para a exploração da eventual relação entre o viés atencional e o risco futuro de suicídio, através da utilização do Teste Stroop Emocional para o *screening* de risco suicida, enquanto medida de ideação suicida.

Parte II- Corpo empírico

Capítulo IV- Metodologia

4.1 Enquadramento e objetivos do estudo

4.1.1 Apresentação do estudo

O teste de Stroop tem por base a ideia de que ver ou nomear uma palavra pressupõe uma associação automática enquanto que nomear uma cor resulta de um esforço consciente para referir o nome da mesma. A originalidade deste teste assenta na ideia de que a terceira lâmina gera uma resposta verbal automática que requer muitas das mesmas funções neuropsicológicas que são necessárias para nomear a cor. Para além disto, a velocidade das duas reações é tal que a resposta de ler palavras ocupa os mesmos canais neuropsicológicos, e ao mesmo tempo, que a resposta de nomear as cores necessita para ser processada. Assim, a lâmina de interferência do teste Stroop mede a capacidade que o indivíduo possui de separar os estímulos de nomear as cores e ler as palavras (Cabaco, Colás, Hage, Abramides & Loureiro, 2002).

O teste de Stroop Emocional apresenta-se com uma estrutura semelhante ao Stroop Clássico. As duas primeiras lâminas do teste possuem um conteúdo de carácter mais geral, já que aludem a conteúdos neutros e positivos, enquanto a terceira lâmina é mais específica da problemática em questão (no caso desta investigação o risco de suicídio). É difícil verificar-se uma negação deliberada dos sintomas, porque para que esta condição se verifique o sujeito teria que não atrasar a nomeação da cor das palavras específicas (Cabaco, Colás, Hage, Abramides & Loureiro, 2002).

Entre os instrumentos de avaliação psicológica, o teste Stroop possui um estatuto privilegiado, uma vez que apresenta um elevado grau de confiabilidade na identificação das diferenças individuais. Segundo vários autores, o teste Stroop apresenta uma grande utilidade na investigação dos processos psicológicos básicos, tanto em indivíduos que não apresentam problemas, como em indivíduos com perturbações (Jensen & Rower, 1966 cit. in Esgalhado, 2007).

Como tal, o protocolo de *screening* Stroop Emocional poderá ser utilizado com ferramenta clínica de avaliação, uma vez que fazendo uso de estímulos ameaçadores, tanto físicos como sociais, relacionados com a patologia em estudo (como o risco de suicídio) constata-se que os sujeitos que padecem de tal patologia demoram mais tempo a reagir ante estes estímulos que os sujeitos que não padecem da mesma (Greco, 1993). Assim, relativamente ao risco de suicídio esta investigação tem como finalidade contribuir para a exploração da eventual relação entre o viés atencional e o risco de suicídio, através da utilização do Teste Stroop Emocional para o *screening* de risco suicídio (Damasceno & Esgalhado, 2011).

4.1.2 Objetivos e Hipóteses

Com este trabalho pretende-se desenvolver procedimentos metodológicos, no sentido de contribuir para a avaliação do Teste Stroop Emocional para a deteção do risco de suicídio como medida de ideação suicida. Assim, apresentam-se os seguintes objetivos específicos:

- Avaliar diferenças nos resultados na ideação suicida, na sintomatologia depressiva e nas lâminas do TSERS comparativamente entre sujeitos da amostra Clínica e Normativa;
- Avaliar o desempenho dos participantes nas três lâminas da Tarefa Stroop Emocional comparativamente entre sujeitos com baixa e elevada ideação suicida;
- Avaliar o grau de associação entre as medidas globais de desempenho na Lâmina 3 do TSERS e os níveis de ideação suicida.

Decorrentes os objetivos definidos e com base na revisão de estudos anteriores formulam-se as seguintes hipóteses:

H1: Sujeitos da Amostra Clínica pontuam mais no Inventário de Depressão de Beck do que os sujeitos da Amostra Normativa.

H2: Sujeitos da Amostra Clínica pontuam mais no Questionário de Ideação Suicida do que sujeitos da Amostra Normativa.

H3: Sujeitos da Amostra Normativa pontuam mais na lâmina de interferência do TSERS do que sujeitos da Amostra Clínica.

H4: Sujeitos com elevada ideação suicida pontuam menos nas Lâminas do TSERS do que os sujeitos com baixa ideação suicida.

H5: A ocorrência de maior pontuação na Lâmina 3 do TSERS apresenta uma correlação negativa com a menor ideação suicida.

4.1.3 Variáveis

Neste estudo consideraram-se como variáveis principais:

- Palavras Neutras (Número de cores nomeadas das palavras impressas numa cor diferente do significado da palavra, na lâmina Neutra);
- Palavras Positivas (Número de cores nomeadas das palavras impressas numa cor diferente do significado da palavra, na lâmina Positiva);
- Palavras Negativas (Número de cores nomeadas das palavras impressas numa cor diferente do significado da palavra, na lâmina Negativa).
- Pontuação no Questionário de Ideação Suicida, o que qual permitiu a constituição de dois grupos (grupo com baixa e com elevada ideação suicida);
- Pontuações obtidas no BDI;

Consideraram-se como variáveis secundárias:

- Género;
- Idade;
- Estado Civil;
- Profissão;
- Escolaridade;
- Estatuto sócio-económico;
- Comorbilidades psíquicas;
- Amostra Normativa e Clínica.

4.1.4 Tipo de Estudo

O presente estudo é de natureza quantitativa e de tipo observacional-descritivo, na medida em que se pretendeu recolher dados para descrever o modo como se comportam os sujeitos nas tarefas propostas (Ribeiro, 1999). É inferencial, uma vez que através da comparação de médias entre grupos objetiva-se inferir hipóteses (Ribeiro, 1999). Além de ser correlacional, na medida em que procura determinar o grau de associação entre variáveis. É transversal, uma vez que foi realizado num único momento (Ribeiro, 1999).

4.2 Método

4.2.1 Participantes

Para a constituição da amostra foi utilizado o método de amostragem por conveniência, ou seja não probabilístico. De acordo com Kinnear & Taylor (1991), a unidade amostral ou os elementos da amostra por conveniência dizem respeito a sujeitos voluntários ou que foram selecionados devido à sua facilidade de acesso. De forma a garantir rigor e objetividade metodológica na prossecução dos objetivos acima definidos, definem-se critérios para a seleção da amostra, subdividida em dois grupos. No grupo clínico definiu-se como critério de inclusão a presença de sintomatologia depressiva/diagnóstico de Depressão, avaliado através do Inventário de Depressão de Beck, e como critério de exclusão definiu-se a presença de outro diagnóstico. No grupo normativo definiu-se como critério de exclusão, a presença de um diagnóstico psicopatológico.

A amostra é constituída por 100 sujeitos, 50 sujeitos normativos e 50 sujeitos clínicos, com idades compreendidas entre os 20 e os 59 anos, com uma média etária de 32 anos e um desvio-padrão de 9.70. A moda é 22 anos e a mediana de 30.50.

No que concerne à distribuição por género, 55 sujeitos (55%) pertencem ao género feminino e 45 (45%) são do género masculino (cf. Figura 1).

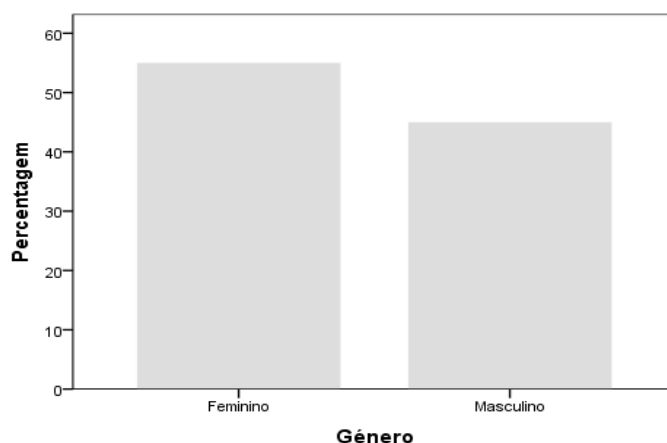


Figura 1. Distribuição percentual relativamente ao género (N=100; moda= género feminino)

Relativamente ao estado civil verifica-se que 67% dos participantes são solteiros, 30% são casados e 3% divorciados, tal como se pode ver na Figura 2.

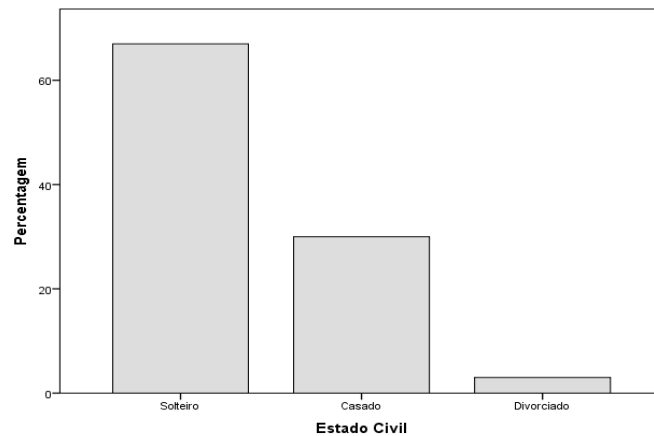


Figura 2. Distribuição percentual relativamente ao Estado Civil

Como se pode observar na Figura 3, no que diz respeito à profissão observa-se que 27% dos sujeitos são Estudantes, 16% são Desempregados, 8% são Enfermeiros, 6% são Assistentes Operacionais, 5% são Engenheiros e Gestores, 4% são Assistentes Sociais, Empregados de Balcão e os Professores, com 3% encontram-se os Sociólogos, Domésticos e Agricultores, com 2% observam-se os Psicólogos, Reformados, Militares, Arquiteto e Contabilista, e por fim, com 1% encontram-se os Pilotos aéreos e os Empresários.

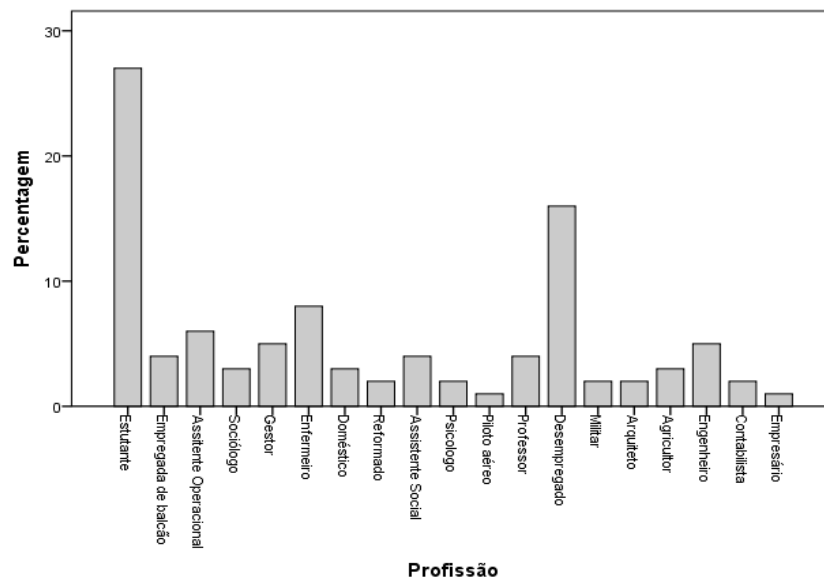


Figura 3. Distribuição percentual relativamente à Profissão

Relativamente à escolaridade cerca de 48% possuem grau de licenciatura/bacharelato, 35% possuem o ensino secundário, 4% possuem o 1º ciclo e por fim, 3% possuem o 2º ciclo (cf. Figura 4)

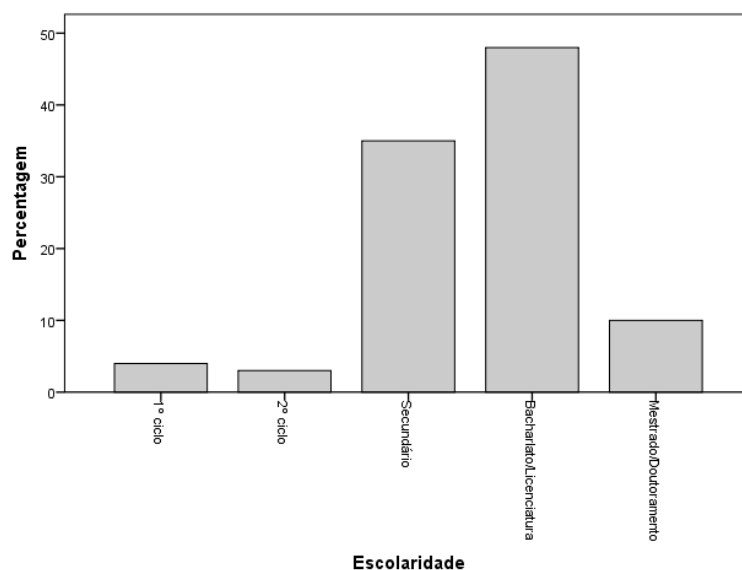


Figura 4. Distribuição percentual relativa à Escolaridade.

No que se refere ao estatuto sócio-económico dos participantes no estudo, verifica-se que 43% encontra-se desempregado, 18% possui vencimentos entre os 650 euros e 1000 euros, 17% dos sujeitos recebe valores acima de 1000 euros, 14% recebe vencimentos até 485 euros e por fim, 8% dos sujeitos recebe valores entre os 485 euros e os 650 euros, tal como se pode verificar na Figura 5.

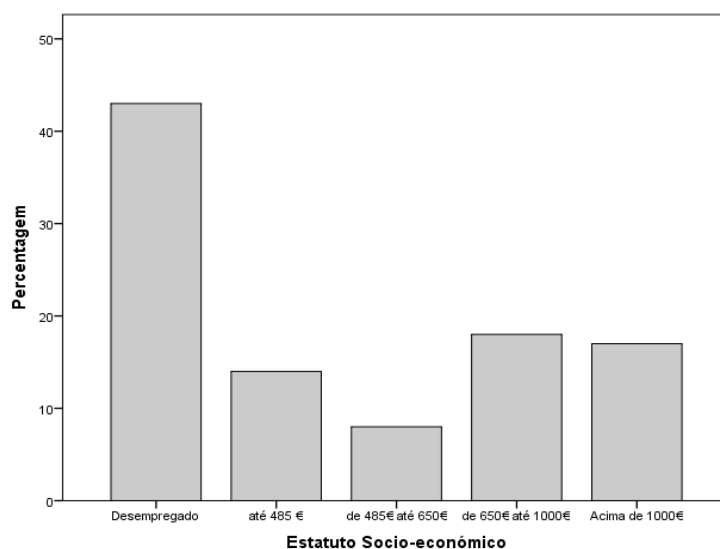


Figura 5. Distribuição percentual relativamente ao Estatuto sócio-económico.

4.2.2 Instrumentos

A seleção dos instrumentos de avaliação utilizados neste trabalho tem por base os objetivos definidos. Descrevem-se seguidamente os instrumentos selecionados: questionário sócio-demográfico, Teste Stroop Emocional para o *Screening* de Risco de Suicídio (TSESRS- Damasceno & Esgalhado, 2011), Inventário de Depressão de Beck (BDI- Beck & Brown, 1986) e Questionário de Ideação Suicida (QIS- versão portuguesa Ferreira & Castela, 1999).

4.2.2.1 Questionário Sócio-demográfico

Com vista a caracterização sócio-demográfica dos participantes, construiu-se um questionário para recolha de informação sobre: idade, género, profissão, escolaridade, estatuto sócio-económico e a presença de comorbilidades psíquicas, no caso da população clínica (cf. Anexo 1).

4.2.2.2 Teste Stroop Emocional para o Screening de Risco de Suicídio (TSESRS)

O TSESRS construído por Damasceno & Esgalhado (2011) visa o *screening* do risco suicida. O seu estudo exploratório não oferece dados normativos para a população portuguesa. É constituído por três lâminas impressas num formato A4 (21x30cm). Contém uma primeira folha para o registo e cotação e as três lâminas do teste. Cada lâmina contém 100 elementos, distribuídos por cinco colunas de 20 elementos. Todas as palavras foram dispostas de forma aleatória, não sendo permitido que a mesma palavra surja duas vezes seguidas na mesma coluna, tal como não se permite que a mesma cor apareça duas vezes seguidas na coluna. Na primeira lâmina encontram-se impressas em tinta colorida- azul, amarelo, verde e vermelho -as dez palavras neutras (e.g. limão, cereja, melancia, pêra). A segunda lâmina contém as palavras classificadas como positivas, impressas igualmente em cores (e.g. riso, saúde, vitória, feliz). Por fim, a terceira lâmina apresenta palavras negativas nas mesmas cores das lâminas anteriores (e.g. morte, óbito, angústia, arma) (cf. Anexo 2).

No que diz respeito às instruções, foi pedido aos participantes que, em voz alta, e tão depressa quanto pudessem, nomeassem as cores nas quais as palavras se encontram impressas, ignorando o significado das mesmas. Estas instruções são para as tarefas referentes às três páginas do teste. Para cada uma das páginas os sujeitos dispunham de 45 segundos (tempo medido através de um cronómetro). Para a obtenção das pontuações no teste, foi considerado o número de cores nomeadas em 45 segundos. Deste modo, o valor de interferência é obtido pela pontuação na lâmina 3, através da contagem do número de itens

nomeados por cada sujeito em 45 segundos. Quanto mais elevada a pontuação, mais resistente é o sujeito à interferência.

4.2.2.3 Inventário de Depressão de Beck (BDI)

O instrumento original foi criado em 1961 com o intuito de constituir uma abordagem objetiva de medição das manifestações comportamentais da depressão, tendo sido mais tarde revisto e desenvolvida uma nova versão em 1971 que foi registada em 1978 (Gandini, Martins, Ribeiro & Santos, 2007).

O BDI identifica e avalia a intensidade da depressão. O inventário original compreende vinte e uma manifestações de sintomas e atitudes, com 4 ou 5 afirmações, cada uma refletindo um grau crescente de severidade de depressão. O indivíduo deve escolher aquela que considera mais adequada ao seu caso. Cada item é cotado entre 0 e 3. A soma dos pontos compõe uma pontuação total, que indica o nível de depressão (Gandini, Martins, Ribeiro & Santos, 2007). A prova é um auto-questionário respondido pelo próprio sujeito e demora aproximadamente 15 minutos. Os pontos de corte situam-se: entre 0 e 4, considera-se abaixo do normal, associada a uma provável negação; entre 5 e 12, considera-se um valor não significativo; entre 13 e 20, considera-se que o sujeito sofre de uma depressão leve; entre 21 e 25, considera-se que o sujeito tem uma depressão moderada; entre 26 e 63, considera-se que o sujeito tem uma depressão severa (Corsello, 2008).

4.2.2.4 Questionário de Ideação Suicida

A prevalência de pensamentos e cognições suicidas foi avaliada através da utilização do Questionário de Ideação Suicida (QIS). Este instrumento é uma versão portuguesa do *Suicide Ideation Questionnaire*, elaborado originalmente por Reynolds e traduzido e adaptado por Ferreira e Castela (1999). O QIS permite analisar a gravidade dos pensamentos suicidas em adolescentes e adultos. Foi concebido com o intuito de que os seus itens avaliassem uma hierarquia de pensamentos relativos ao suicídio, que oscila entre pouco e muito graves (Ferreira & Castela, 1999). O QIS é constituído por 30 itens, sendo disponibilizado para cada item 7 alternativas de resposta, numa escala do tipo Likert, que oscilam entre “Nunca pensei” até “Pensei sempre”, num sentido crescente de gravidade. Para efeitos de avaliação, cada item é cotado respetivamente de 0 a 6. As pontuações totais podem oscilar entre 0 e 180 (Teixeira, 2011).

Ferreira e Castela (1999), no seu trabalho de tradução e adaptação para a população portuguesa, definiram um valor de 23,04 como média para a população, com desvio padrão de 25, 65 pontos. Reynolds, defende que uma pontuação igual ou superior a 41 pontos, pode

ser indicativo de significativa psicopatologia e de potencial risco de suicídio (1988 cit. in Moreira, 2010). Os autores apontam como vantagens deste instrumento o fato de ter características psicométricas bastante satisfatórias, ao nível da consistência interna apresenta um coeficiente alfa de Cronbach de .96, para além de ser de administração rápida e fácil, não ultrapassando em média os 10 minutos a preencher. No espectro oposto, estes autores, apontam como limites do instrumento, o fato de, sendo um questionário de auto-avaliação, os respondentes, poderem escolher as respostas que crêem ser as socialmente mais desejáveis, bem como o fato da conotação negativa que o suicídio encerra, poder levar a que determinadas pessoas omitam a existência de pensamentos ou cognições suicidas (Ferreira & Castela, 1999).

4.3 Procedimento

A fim de alcançar os objetivos propostos, numa fase inicial elaborou-se uma pesquisa bibliográfica sistematizada de informação científica, de forma a elaborar o Estado da Arte, isto é, a evolução do tema em questão e o estado atual do conhecimento a respeito dele. Sendo que esta pesquisa bibliográfica foi uma mais-valia para a elaboração do questionário a aplicar aos sujeitos.

A aplicação do questionário foi precedida de um pedido formal de autorização junto da instituição onde os dados foram recolhidos (cf. Anexo 3), com o intuito de obter um consentimento para a aplicação do Teste Stroop Emocional, do Inventário de Depressão de Beck e do Questionário de Ideação Suicida dentro deste contexto. Após a obtenção deste consentimento, os participantes foram convidados a participar no estudo. Antes de darmos início à realização das tarefas foi obtido um consentimento informado (cf. Anexo 4), onde ficou sempre garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados.

Desta forma passámos à aplicação formal dos instrumentos com o intuito de podermos concretizar os objetivos elaborados para esta investigação. Imediatamente antes da aplicação do teste, foi efetuado um rápido despiste de eventuais deficiências na perceção da cor (por exemplo, acromatismo ou dicromatismo), através da apresentação dos quadrados de cor (amarelo, verde, azul e vermelho) e foi solicitado aos participantes que identificassem as cores apresentadas. Posteriormente, foram dadas algumas indicações e instruções de forma a garantir a compreensão e realização adequada da Tarefa de Stroop Emocional. Como tal, para a realização da tarefa foi pedido aos participantes que, em voz alta, e tão depressa quanto possível, nomeassem a cor na qual a palavra se encontrava impressa, ignorando o significado da mesma. Estas instruções correspondiam às tarefas referentes às três lâminas do teste, sendo que, para cada uma das páginas os sujeitos dispunham de 45 segundos. De seguida foi solicitado o preenchimento do Beck Inventory Disorder (BDI) (Beck & Brown, 1996). Para finalizar, foi solicitada o preenchimento da versão portuguesa do Questionário de Ideação

Suicida (QIS) (Ferreira & Castela, 1999), sendo que estes dois instrumentos necessitavam de menor tempo despendido para a explicação das instruções. Em todo o procedimento de recolha da amostra privilegiou-se uma abordagem presencial, num contexto face a face, de forma individual. Os participantes, no geral, necessitaram, em média de 10 a 20 minutos para responder aos questionários e solicitaram pouco apoio no esclarecimento dos itens, sempre numa sala disponibilizada pela própria instituição e com a garantia de que existissem boas condições para a aplicação destas provas.

4.3.1 Análise estatística

Para podermos analisar os resultados procedemos à análise estatística, servindo-nos, para isso, da base da versão 21 do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, IBM).

Dado o valor do N (N=100) pode-se supor que a distribuição da amostra segue a curva normal de acordo com o Teorema do Limite Central (Maroco, 2007), pelo que se utilizam testes paramétricos. Assim, posteriormente procedemos a estatística de tipo inferencial que nos permite determinar o valor do nível de significância para as diferenças entre as médias das variáveis em estudo. Desta forma, utilizou-se o teste *t-student*, método que permite a comparação de médias em grupos independentes, no caso desta investigação, sujeitos com baixa ideação suicida e sujeitos com elevada ideação suicida e grupo da amostra normativa e e da amostra clínica. A fim de quantificar a intensidade e a direção da associação entre as variáveis utilizou-se o Coeficiente de Pearson, considerando-se uma correlação positiva fraca valores entre 0 e 0.3, moderada de 0.3 a 0.7 e forte de 0.7 a 1. De igual forma considerou-se uma correlação negativa fraca a relativa a valores entre 0 e -0.3, moderada -0.3 e -0.7 e forte -0.7 e 1 (Murteira, 1993).

A análise estatística efetuada abrange um conjunto de medidas de estatística descritiva que tornaram possível caraterizar a amostra. Neste sentido, foram utilizadas medidas de tendência central para a descrição dos dados, como as médias, as medianas e as modas, e as medidas de dispersão ou variabilidade, como o desvio-padrão, a variância, números máximos e mínimos (Ribeiro, 1999).

4.4 Resultados

No BDI verifica-se que os sujeitos da amostra normativa obtêm média de 3.06 (DP=2.54) e os sujeitos da amostra clínica obtêm média mais elevada, 43.88 (DP=11.97). Estas diferenças nos valores médios são estatisticamente muito significativas ($t(98)=-23.57$; $p<0.001$) (cf. Tabela 2).

Tabela 2. Pontuações médias obtidas no BDI comparativamente entre os sujeitos da Amostra Normativa e Clínica

Amostra		n	M	DP	df	t	p
Normativa	BDI	50	3.06	2.543	98	-23.577	.000***
Clínica		50	43.88	11.978			

* $p<0.05$; ** $p<0.01$; *** $p<0.001$

Na tabela 3 observa-se que no QIS, os sujeitos da amostra normativa obtêm uma média de 2.22 (DP=3.12) e os sujeitos da amostra clínica obtêm média superior, de 83.46 (DP=19.97). Estas diferenças nos valores médios são estatisticamente muito significativas ($t(98)=-28.41$; $p<0.001$).

Tabela 3. Pontuações médias obtidas no QIS comparativamente entre os sujeitos da Amostra Normativa e Clínica.

Amostra		n	M	DP	df	t	p
Normativa	QIS	50	2.22	3.125	98	-28.412	.000***
Clínica		50	83.46	19.976			

* $p<0.05$; ** $p<0.01$; *** $p<0.001$

No que se refere às pontuações obtidas no TSESRS comparativamente entre sujeitos da amostra normativa e clínica, verifica-se que, os sujeitos da amostra normativa na Lâmina 1 do TSESRS obtêm uma média de 60.64 (DP=9.41) e os sujeitos da amostra clínica na mesma lâmina obtêm uma média de 51.56 (DP=5.84). Estas diferenças nos valores médios são estatisticamente muito significativas ($t(98)=5.92$; $p<0.001$).

No que diz respeito às pontuações obtidas pelo grupo da amostra normativa na Lâmina 2, estes obtêm uma média de 64.34 (DP=7.53) e os sujeitos da amostra clínica na Lâmina 2 do TSESRS obtêm média de 48.60 (DP=5.93). Estas diferenças obtidas nos valores médios são estatisticamente muito significativas ($t(98)=11.61$; $p<0.001$).

Relativamente à Lâmina 3, lâmina de interferência do TSESRS, os sujeitos da amostra normativa obtêm média de 66.32 (DP=7.59) e os sujeitos da amostra clínica obtêm média de 45.86 (DP=6.32). Estas diferenças nos valores médios são estatisticamente muito significativas ($t(98)=14.64$; $p < 0.001$).

Tabela 4. Pontuações médias obtidas na Lâmina 1, Lâmina 2 e Lâmina 3 do TSESRS comparativamente entre os sujeitos da Amostra Normativa e Clínica.

Amostra	TSESRS	n	M	DP	df	T	P
Normativa	Lâmina 1	50	60.84	9.416	98	5.920	.000***
Clínica		50	51.56	5.849			
Normativa	Lâmina 2	50	64.34	7.531	98	11.610	.000***
Clínica		50	48.60	5.932			
Normativa	Lâmina 3	50	66.32	7.590	98	14.646	.000***
Clínica		50	45.86	6.321			

Nota: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

Tal como se observa na Tabela 5, na lâmina 1, palavras neutras, os sujeitos com baixa ideação suicida obtêm uma média de 60.84 (DP=9.41), e os sujeitos com elevada ideação suicida obtêm uma média de 51.56 (DP=5.84). Estas diferenças nos valores médios são estatisticamente muito significativas ($t(98)=5.92$; $p < 0.001$).

No que concerne às palavras positivas, lâmina 2, os sujeitos com baixa ideação suicida obtêm uma média de 64.34 (DP=7.53), enquanto os sujeitos com elevada ideação suicida apresentam uma média de 48.60 (DP=5.93). As diferenças obtidas nos valores médios são estatisticamente muito significativas ($t(98)=11.61$; $p < 0.001$).

Em relação às palavras negativas, lâmina 3, os sujeitos com baixa ideação suicida obtêm uma média de 66.32 (DP=7.59), enquanto os sujeitos com elevada ideação apresentam uma média de 45.86 (DP=6.32). As diferenças nos valores médios são estatisticamente muito significativas ($t(98)=14.64$; $p < 0.001$).

Tabela 5. Pontuações médias obtidas das Palavras Neutras, Positivas e Negativas, comparativamente entre o grupo de sujeitos com Baixa Ideação Suicida e Elevada Ideação Suicida.

Sujeitos da Amostra	TSESRS	N	M	DP	t	df	p
Sujeitos com Baixa Ideação Suicida	Lâmina 1	50	60.84	9.416	5.920	98	.000***
	Lâmina 2	50	64.34	7.531	11.610		
	Lâmina 3	50	66.32	7.590	14.646		
Sujeitos com elevada Ideação Suicida	Lâmina 1	50	51.56	5.849	5.920	98	.000***
	Lâmina 2	50	48.60	5.932	11.610		
	Lâmina 3	50	45.86	6.321	14.646		

Nota: *p< 0.05; **p< 0.01; ***p< 0.001

Relativamente ao grau de associação entre a pontuação na Lâmina 3 do TSESRS e o nível de ideação suicida verifica-se uma correlação negativa forte e estatisticamente muito significativa ($r = -0.840$; $p < 0.001$)

5. Discussão dos resultados

A investigação que agora se discute, tem como objetivo contribuir para a avaliação do TSESRS, como medida de ideação suicida, e assim contribuir para a exploração da eventual relação entre o viés atencional nesta prova e o risco de suicídio. Esta discussão desenrola-se à luz dos objetivos e das hipóteses atrás explicitadas.

Este estudo recorreu, inicialmente, à formação de dois grupos, o Normativo e o Clínico a que respetivamente corresponde o grupo com baixa e alta ideação suicida- sendo que os sujeitos foram considerados como tendo ideação suicida, isto é, potencial risco de suicídio, mediante a utilização do QIS- sujeitos com pontuação ≥ 41 .

No que diz respeito aos resultados obtidos neste trabalho com o Inventário de Depressão de Beck comparando os participantes da amostra normativa e clínica, pode-se verificar que são os sujeitos da amostra clínica que obtêm pontuações mais elevadas, no BDI, tal como era esperado. De igual forma, os sujeitos da amostra clínica são os que mais pontuam no Questionário de Ideação suicida, contrariamente aos sujeitos da amostra normativa que obtêm pontuações que indiciam ausência de ideação suicida. Podemos assim verificar, nesta amostra, que os sujeitos da amostra normativa pontuam menos no Inventário de Depressão de Beck e no Questionário de Ideação, como tal não estão classificados como sujeitos com sintomatologia depressiva, nem detentores de ideação suicida. Todavia, os sujeitos da amostra clínica são os que mais pontuam no Inventário de Depressão de Beck e no Questionário de Ideação Suicida, sendo assim classificados como sujeitos com sintomatologia depressiva, com ideação suicida. Desta forma a hipótese 1 (Sujeitos da amostra clínica pontuam mais no Inventário de Depressão de Beck do que os sujeitos da amostra normativa) e a hipótese 2 (Sujeitos da amostra clínica pontuam mais no Questionário de Ideação Suicida do que sujeitos da amostra normativa) são confirmadas. Estes resultados obtidos nesta investigação vão de encontro com os dados verificados na literatura, uma vez que os sintomas de ideação suicida aparecem associados aos sintomas de depressão. Segundo Beck (1997), os indivíduos deprimidos apresentam maior ideação suicida, e se por um lado pretendem terminar com a própria vida, por outro, pretendem viver (Carr & McNulty, 2006). Embora nenhuma patologia ou acontecimento possa prever o suicídio, existem certas vulnerabilidades que tornam alguns indivíduos mais propensos a cometer um ato suicida do que outros. Dentro das vulnerabilidades, há evidências de que a depressão constitui um fator de risco para o comportamento suicida (Viera, 2008). Dados da OMS (2006) indicam que o suicídio, geralmente, surge associado a doenças mentais, e que atualmente. Estima-se que cerca de 90% dos indivíduos que puseram fim às suas vidas padeciam de alguma perturbação mental e que, na altura, 60% deles estavam deprimidos. Na verdade, todos os tipos de perturbação de humor têm sido claramente associados aos comportamentos suicidas. A depressão e os seus sintomas (como por exemplo, tristeza, letargia, ansiedade, irritabilidade, perturbações de sono e da alimentação) devem ter sido tidos em conta como um potencial fator de risco de suicídio (Vieira & Coutinho, 2008). Estas diferenças entre as pontuações da amostra normativa

e clínica, já eram esperadas. De fato, um dos critérios de inclusão na amostra clínica era a presença de sintomatologia depressiva, e tal como verificado na literatura a ideação suicida aparece associada, sendo mesmo um critério de diagnóstico da depressão, segundo a DSM-IV. Na amostra normativa o critério de exclusão foi a presença de diagnóstico psicológico/psiquiátrico. Assim, seria de esperar que a amostra clínica pontuasse mais no BDI e no QIS do que a amostra normativa.

No que respeita ao desempenho nas lâminas do TSESRS relativamente à amostra normativa e clínica, verifica-se que os sujeitos da amostra normativa são os que nomeiam mais cores em 45 segundos, nas três lâminas. Aumentando o número de nomeações a cada lâmina, isto é à medida que as lâminas são apresentadas aos sujeitos, o seu desempenho nestas aumenta. Contrariamente, os sujeitos da amostra clínica obtêm um pior desempenho nas três lâminas do TSESRS, diminuindo o número de nomeações a cada lâmina apresentada. Sendo que, na última lâmina (lâmina de conteúdo emocional negativo) é onde obtêm o menor número de nomeações, isto é, pior desempenho, existindo assim uma maior interferência (viés atencional) em relação às lâminas anteriores. Podemos concluir que a não existência de uma patologia, na amostra normativa, pode levar a que esta tenha um melhor desempenho, uma maior resistência à interferência em comparação com a amostra clínica, classificada com sintomatologia depressiva e com ideação suicida. Assim, a hipótese 3 desta investigação (Sujeitos da amostra normativa pontuam mais na lâmina de interferência do TSESRS do que sujeitos da amostra clínica) é confirmada. Normalmente os resultados obtidos nesta investigação são corroborados com as informações encontradas na literatura, dado que segundo Greco (1993) verifica-se que os sujeitos que padecem de alguma patologia despendem mais tempo a reagir face aos estímulos, do que os sujeitos que não apresentam nenhuma patologia. Alguns estudos que recorreram à Tarefa de Stroop Emocional demonstraram que o tempo de resposta para nomear a cor, quando se encontrava escrita uma palavra emocional, era maior para sujeitos que sofriam da perturbação emocional, sobre a qual o teste stroop dizia respeito, do que para os sujeitos sem qualquer tipo de perturbação (Quero, Baños & Botella, 2000; Pérez, Riveira, Fuster & Rodríguez, 1999). Segundo vários autores, os sujeitos afetados por uma perturbação emocional apresentam significativamente mais interferência em nomear as cores das palavras que sejam ameaçadoras ou que contenham conteúdo emocional relativo à sua patologia, do que as palavras neutras (Mogg, Bradley, Williams & Mathews, 1993; Segal & Vella, 1990 cit. in Pérez, Riveira, Fuster & Rodríguez, 1999; Pratto & Jonh, 1991 cit. in Dresler, Mériaux, Heekeren & Meer, 2009). Efetivamente, à medida que as lâminas com conteúdo positivo e negativo são apresentadas, os sujeitos da amostra clínica diminuem o seu desempenho, a interferência aumenta e o contacto com estímulos emocionais significativos para os sujeitos interfere no desempenho dos sujeitos mais do que os estímulos neutros, atingindo o seu máximo de interferência na lâmina 3. Tal facto é corroborado por McKenna & Sharma (2004), que referem que se a palavra utilizada no teste stroop possuísse conteúdo emocional, verificava-se uma maior interferência do que se essa palavra não contivesse conteúdo emocional. Em suma, os

numerosos estudos que utilizaram esta tarefa têm demonstrado que o tempo de resposta em nomear a cor, na qual uma palavra emocional é impressa, é maior em pessoas que são afetadas por uma perturbação emocional (Williams et al., 1997). Na sua maioria os investigadores assumem que o efeito causado pelos estímulos emocionais em tarefas, tais como o Stroop, se deve aos estímulos de captação de recursos de atenção da pessoa (Pérez et al, 1999). Contudo, no Stroop emocional o estímulo semântico pode ser controlado de várias formas, uma vez que se caracteriza por ser uma tarefa bastante versátil e sendo utilizada, por exemplo, com palavras relacionadas ao tabagismo e alcoolismo, à bulimia, anorexia, dor crónica, aracnofobia, entre outras (Williams et al., 1996 cit. in Montagner et al., 2008).

No que diz respeito ao objetivo de comparar o desempenho na Tarefa de Stroop Emocional dos participantes com baixa ideação suicida em relação aos que apresentam elevada ideação suicida, na lâmina neutra, verifica-se que são os sujeitos com baixa ideação suicida os que nomeiam maior número de cores, em 45 segundos, em relação aos sujeitos com elevada ideação suicida. Tal pode indicar, que os sujeitos com baixa ideação suicida reagem mais rapidamente à informação apresentada, despendendo um menor esforço na realização da tarefa. No que se refere aos resultados obtidos na lâmina positiva, tal como na neutra, verifica-se de igual forma que são os sujeitos com baixa ideação suicida os que nomeiam mais cores, em 45 segundos, em relação aos sujeitos com elevada ideação suicida. O que indica a existência de sensibilidade emocional em relação a estas palavras. Relativamente à lâmina negativa, tal como nas anteriores, são os sujeitos com elevada ideação suicida os que detêm um pior desempenho na realização desta tarefa, ou seja, nomearam menos cores em 45 segundos, em relação aos sujeitos com baixa ideação suicida. Tal sugere que existe uma interferência superior na nomeação das cores de palavras associadas à ideação suicida, comparativamente com as palavras da lâmina neutra e positiva, indicando também que a capacidade para separar os estímulos de nomear as cores e ler as palavras é mais reduzida nos sujeitos com elevada ideação suicida do que nos com baixa ideação suicida. Poderá dever-se ao fato destas palavras possuírem um conteúdo emocional significativo para os sujeitos com sintomas de ideação suicida e existir um processamento de atenção mais lento em razão da ativação dos esquemas relacionados com a ideação suicida dos participantes. Desta forma confirma-se a hipótese 4 (Sujeitos com elevada ideação suicida pontuam menos nas Lâminas do TSESRS do que os sujeitos com baixa ideação suicida). Na verdade, os resultados obtidos vão de encontro com o descrito na literatura. Diversos investigadores explicam que o teste Stroop emocional caracteriza-se pela apresentação de palavras que possuem um conteúdo afetivo (positivo e negativo) e um conteúdo neutro, e quando as palavras da tarefa apresentam uma conotação emocional para os sujeitos, são verificados atrasos significativos na nomeação das cores (Williams, Mathews, MacLeod, 1996; Cabaco, 1998, Herreras & Celas, 2006). Efetivamente, nesta amostra, os resultados vão de encontro com o que foi verificado na literatura, uma vez que os sujeitos com elevada ideação suicida são os que nomeiam menos cores, principalmente na lâmina de conteúdo afetivo negativo do que os sujeitos com baixa ideação suicida. Mais concretamente, na investigação de Williams &

Broadbent (1986) sobre o efeito stroop nas tentativas de suicídio, concluíram que os sujeitos tinham tendência a serem mais lentos na nomeação das cores das palavras que estavam associadas ao ato suicida. Com base neste trabalho, Becker e colaboradores (1999) demonstraram que nos últimos anos, os sujeitos que tinham tido tentativas de suicídio levaram mais tempo para nomear a cor das palavras relacionadas com o suicídio do que as palavras neutras.

Em suma, a maioria dos autores defende que o efeito causado pelo estímulo emocional nas tarefas tipo Stroop se deve ao fato de os estímulos prenderem os recursos atencionais do indivíduo (Pérez, Riveira, Fuster & Rodríguez, 1999). Desta forma, os resultados nesta amostra, encontram-se na mesma linha que os resultados encontrados noutras pesquisas. De fato as pessoas com elevada ideação suicida eram mais lentas na realização da tarefa Stroop Emocional, ou seja, nomear as cores das palavras ignorando o seu significado, sendo que, os sujeitos com baixa ideação suicida apresentaram um melhor desempenho, foram mais rápidas na realização da tarefa Stroop Emocional, nomeando um maior número de palavras em 45 segundos, em todas as lâminas. O fenómeno denominado interferência de Stroop emocional, ocorre devido a uma lentificação na nomeação das cores das palavras, quando estas apresentam conteúdo emocional significativo para o sujeito (Dresler, Mériaux, Heckerem & Meer, 2009; McKenna & Sharma, 2004; Williams, Mathews & MacLeod, 1996 cit. in Johansson, Carlbring, Ghaderi & Andersson, 2008; Strauss & Allen, 2006), e esse fenómeno é verificado principalmente na lâmina 3 do TSESRS nos sujeitos que nomeiam menos cores e obtêm pontuações mais elevadas na ideação suicida. Como tal as palavras da lâmina 3, palavras associadas à ideação suicida, causam interferência nos sujeitos fazendo com que o seu desempenho nesta seja menor em relação às lâminas antecedentes. Desta forma, o material emocional suscita mais recursos de processamento de informação devido à ativação de estruturas específicas de conhecimento, que representam ameaças pessoais do que o material neutro. A interferência deve-se ao esforço cognitivo que é feito para impedir que o material emocional se torne consciente ou pela dificuldade de manter o foco atencional (Mogg, Mathews & Weinman, 1989 cit. in Cabaco, 1998).

Quanto à análise do grau de associação entre a pontuação global na lâmina 3 e as pontuações obtidas na ideação suicida, encontra-se uma correlação negativa forte e estatisticamente muito significativa. Ou seja, observa-se que o aumento da pontuação na Lâmina 3 do Stroop pressupõe a diminuição da pontuação na ideação suicida, e vice-versa. Assim confirma-se a última hipótese: a ocorrência de maior pontuação na Lâmina 3 do TSESRS apresenta uma correlação negativa com a menor ideação suicida. Este resultado vem dar corpo à possibilidade de se utilizar o TSERS como medida de ideação suicida. O Teste Stroop Emocional tem sido utilizado com diferentes finalidades, e a sua utilização como ferramenta clínica de avaliação é uma das mais usadas (Greco, 1993). Acresce neste estudo a sua utilização para a deteção do risco suicida, para o que esta tarefa pode ser uma boa ferramenta de despiste clínico desta patologia, e à qual os clínicos poderão recorrer na sua prática, permitindo assim a elaboração de um rápido despiste da patologia.

A par destas potencialidades existem outras, tais como ser uma ferramenta bastante fiável e de enorme utilidade, pela sua rápida execução e simplicidade de interpretação. Devido a este fato têm surgido cada vez mais investigações que recorrem a este teste com o intuito de identificar pacientes que padecem de perturbações, para as quais o teste foi elaborado (Ben-Tovin, Walker, Fok & Yap, 1989). Acresce ainda outra vantagem que decorre da própria natureza do teste, uma vez que os resultados produzidos dificilmente serão afetados pela negação deliberada dos sintomas, dado que a realização apenas se pode distorcer voluntariamente se a nomeação da cor das palavras for atrasada (Williams, Watts, McLeod & Mathews, 1997). Efetivamente, entre os instrumentos de avaliação psicológica, o teste Stroop possui um estatuto privilegiado, uma vez que apresenta um elevado grau de confiabilidade na identificação de diferenças individuais, quer em indivíduos que não apresentem problemas, quer em indivíduos com perturbações (Jensen & Rowe, 1966 cit. in Esgalhado, 2007; Arana, Cabaco & Sanfeliú, 1997). Como tal, este teste constitui uma medida básica e fiável de processos importantes para o estudo do processamento cognitivo (Esgalhado, 2007). Além, de ser um instrumento útil, quer para despiste de lesões orgânicas, quer no diagnóstico de perturbações psiquiátricas ou de alterações no funcionamento de diferentes processos cognitivos (Cabaco, 1998; Esgalhado, 2007), os resultados obtidos nesta amostra sugerem que também pode ser útil na problemática do suicídio.

6. Conclusão

O suicídio, na sociedade contemporânea surge como um tema complexo e configura-se como um grave problema de saúde. Na verdade, cada vez mais o suicídio é uma problemática atual e preocupante, quer a nível clínico quer social. Devido a diversos fatores, as taxas de suicídio têm vindo a aumentar com o passar do tempo, sendo que a conjuntura atual que o país atravessa poderá ser propícia a um aumento ainda maior das taxas de suicídio. Desta forma, torna-se necessário encontrar formas de diminuir esta taxa galopante. Esta investigação torna-se relevante na medida em que se aplica aos sujeitos um protocolo de screening que permite uma deteção mais rápida e fácil do risco de suicídio. Apesar da existência de diversos instrumentos com a finalidade de avaliar o risco suicida, a prevalência da ideação suicida é, ainda, bastante difícil de determinar devido à diferente metodologia que tem sido utilizada. E esta categoria do comportamento suicida encontra-se num *continuum* que vai desde os pensamentos sobre a morte até à passagem ao ato, e é apresentado por diversos autores como um dos principais preditores do risco suicida (Prieto & Tavares, 2005)

O teste de Stroop Emocional é caracterizado por ser uma ferramenta bastante fiável e de enorme utilidade, pela sua rápida execução e simplicidade de interpretação. Como tal, têm surgido cada vez mais investigações que recorrem a este teste com o intuito de identificar pacientes que padeçam de perturbações que o teste avalia (Bem-Tovin, Walker, Fok & Yap, 1989; Green & McKenna, 1993; Moog, Kentish & Bradley, 1993). Desta forma o teste de Stroop Emocional poderá ser valioso em estudos psicopatológicos detalhados para discriminar diferentes manifestações clínicas. No presente trabalho, a correlação encontrada entre o TSERS e o nível de ideação suicida, evidencia a potencialidade deste estudo, que sugere que o TSERS identifica sintomas de ideação suicida. Tal sugere que o TSERS, nesta amostra, mede o *screening* de risco suicida, o que lhe confere um grau de fiabilidade, demonstrando que esta ferramenta clínica poderá desempenhar um papel importante, possibilitando a elaboração de um diagnóstico mais rápido e uma intervenção mais pronta e eficaz perante esta problemática. Permite ainda colmatar a dificuldade que se verifica na avaliação e pesquisas neste domínio, a da ocultação ou negação de ideação suicida. Desta forma, considera-se que este trabalho constitui uma mais-valia no âmbito da problemática em análise, uma vez que se reveste de atualidade e pertinência. Com o aumento das taxas de suicídio, esta temática é apontada como um problema de saúde pública que cada vez mais desperta o interesse dos investigadores. Como tal, considera-se relevante a necessidade de aumentar a sensibilidade para esta problemática e torna-se de extrema importância intervir sobre ela.

Contudo, algumas limitações podem ser consideradas, tais como o tamanho reduzido da amostra, o que não nos permite generalizar os resultados e elaborar dados normativos para a população Portuguesa e a necessidade de desenvolver um estudo psicométrico deste instrumento. Apesar de tais limitações, acredita-se que os resultados encontrados são

relevantes, não só como contributo para investigações futuras, mas também para auxiliar a prática clínica dos profissionais da saúde, uma vez que, o Stroop Emocional para o risco de suicídio poderá ser útil em avaliações clínicas e psicológicas.

No que concerne ao trabalho futuro, seria intenção dos investigadores que este estudo fosse continuado, de forma a que o Teste de Stroop Emocional para o risco de suicídio fosse testado em amostras normativas e clínicas maiores do que as verificadas nesta investigação, permitindo assim o surgimento de dados normativos desta prova e conclusões mais consistentes e generalizadoras. Uma vez que, nesta investigação, a prova demonstrou contribuir para um despiste mais imediato do risco de suicídio, levando a uma intervenção mais rápida e consequentemente poderia levar à diminuição da taxa de suicídios.

Bibliografía

- American Psychiatric Association (2003). *Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicide behavior*. Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- Arana, J. M., Cabaco, A. S. & Sanfeliú, C. (1997). La tarea de interferencia Stroop: 110 años después del informe de Cattell de identificación de colores y palabras. *Revista de Historia de la Psicología*, 18 (1/2), 27-38.
- Ausina, J. B. (1999). El estudio experimental de la atención. In E. Munar, J. Rosselló & A. Sánchez-Cabaco (Coords.), *Atención y percepción* (pp.63-96). Madrid: Alianza Editorial.
- Baby, S., Haridas, M. P. & Yesudas, K. F. (2006). Psychiatric diagnosis in attempted suicide. *Calicute Medical Journal*, 4 (3), 1-5.
- Baggio, L., Palazzo, L. S. & Aerts, D. R. G. C (2009). Planejamento suicida entre adolescentes escolares: Prevalência e factores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, 25 (1), 23-42.
- Baños, R. M., Quero, S. & Botella, C. (2004). Sesgos atencionales en la fobia social medidos mediante dos formatos de la tarea Stroop emocional (de tarjetas y computerizado) y papel mediador de distintas variables clínicas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (1), 23-42.
- Barrós-Loscertales, A., Bustamante, J. C., Ventura-Campos, N., Llopis, J.J., Parcet, M. A. & Avila, C. (2011). Lower activation in the right frontoparietal network during a counting Stroop task in a cocaine-dependent group. *Psychiatry Research*, 194 (2), 11-68.
- Bastos, R. L. (2009). Suicídios, Psicologia e Vínculos: uma leitura psicossocial. *Psicologia-Universidade de São Paulo*, 20 (1), 67-92.
- Beautrais, A. L., Joyce, P. R., Mulder, R. T., Fergusson, D. M., Deavoll, B. J. & Nightingale, S. K. (1996). Prevalence and comorbidity of mental disorders in person making serious suicide attempts: A case-control study. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1009-1014.
- Becker, E. S., Strohbach, D. & Rinck, M. (1999). A specific atencional bias in suicide attempters. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 730-735.
- Ben-Tovin, D. I., Waker, M. K., Fok, D. & Yap, E. (1989). An adaptation of the Stroop Test for measuring shape and food concerns in eating disorders: A quantitative measure of psychopathology?. *International Journal of Eating Disorders*, 8 (6), 681-687.
- Best, J. B. (2001). *Psicologia Cognitiva*. Madrid: Thompson Editores.
- Beutler, L. E., Clarkin, J. F. & Bongar, B. (2000). *Guidelines for the systematic treatment of the depressed patient*. New York: Oxford University Press.
- Bostwick, J.M. & Cohen, L. M. (2009). Differentiating suicide from life-ending acts and end-of-life decisions: A model based on chronic kidney disease and dialysis. *Psychosomatics*, 50, 1-7.

- Botega, N. J. (2007). Suicídio: Saindo da sombra em direcção a um plano nacional de prevenção. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29 (1), 7-8.
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R. & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology*, 47 (3/4), 372-394.
- Brown, G., Beck, A., Steer, R. & Grisham, J. (2000). Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: A 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 371-377.
- Cabaco, A. S. (1998). Mecanismo Atencional y Procesos de Interferencia: Aspectos Conceptuales y Aplicaciones Clínicas. *Temas de Psicología*, (VI), 405-418.
- Cabaco, A. S., Colás, I. C., Hage, S., Abramides, D. & Loureiro, M. J. (2002). Selectividade atencional e predisposição emocional face a estímulos do comportamento alimentar: Dimensões transculturais. *Análise Psicológica*, 4 (XX), 625-636.
- Calleja, N. & Pozo, M. R. H. (2010). Efecto emocional Stroop y comportamiento tabagico en adolescentes. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciência e Tecnologia*, 3 (1), 39-47.
- Campos, V. R. & Corrêa, H. (2006). Etilismo e suicídio. In H. Corrêa (Org.) *Suicídio - Uma Morte Evitável (vol. 16)* (pp.135-143). São Paulo: Atheneu Editora.
- Canetto, S. (2008). Women and suicidal behavior: A cultural analysis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78 (2), 259-266.
- Carr, A. & McNulty, M. (2006). *The Handbook of Adult Clinical Psychology: An evidence-based practice approach*. Routledge.
- Cassorla, R. M. S. (2004). Comportamento suicida. In B. G. Werlang & N. J. Botega, *Suicídio e autodestruição humana* (pp. 21-33). Porto Alegre: Artmed.
- Cha, C. B., Najmi, S., Park, J. M., Finn, C. T. & Nock, M. K. (2010). Attentional bias toward suicide-related stimuli predicts suicidal behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 119 (3), 616-622.
- Chachamovich, E., Stefanello, S., Botega, N. & Turecki, G. (2009). What are the recent clinical findings regarding the association between depression and suicide? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31 (1), 18-25.
- Chechko, N., Augustin, M., Zvyagintsev, M., Schneider, F., Habel, U. & Kellerman, T. (2013). Brain circuitries involved in emotional interference task in major depression disorder. *Journal of Affective Disorders*, 149, 136-145.
- Claúdio, V. (1991). Relação entre o significado atribuído à palavra e o processamento de informação na esquizofrenia. *Análise Psicológica*, 2, (IX), 211-220.
- Comtois, K. A. (2002). A Review of Intervention to Reduce the Prevalence of Parasuicide. *Psychiatric Services*, 53 (9), 1138-1144.
- Corsello, C., (2008). Quando o corpo grita o que a alma açaima. *Dissertação de Mestrado não publicada*. Lisboa Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Costa, J. (2010). *Tentativa de Suicídio: Revisão bibliográfica*. Dissertação de Mestrado não publicada. Covilhã: Universidade da Beira Interior.

- Cox, W. M., Fadardi, J. S. & Pothos, E. M. (2006). The Addiction-Stroop Test: Theoretical considerations and procedural recommendations. *Psychological Bulletin*, 132 (3), 443-476.
- Damasceno, C. & Esgalhado, G. (2010). *Estudo exploratório para a construção do Teste Stroop Emocional para o screening de risco suicida*. Dissertação de Mestrado não publicada. Covilhã: Universidade da Beira Interior.
- Domes, G., Mense J., Vohs, K. & Habermeyer, E. (2013). Offenders with antisocial personality disorder show attentional bias for violence-related stimuli. *Psychiatry Research*, 209 (1), 78-84.
- Doyle, A. E., Biederman, J., Seidman, L. J., Weber, W. & Faraone, S.V. (2000). Diagnostic efficiency of neuropsychological test scores for discriminating boys with and without attention deficit-hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 477-488.
- Dresler, T., Mériaux, K., Heekeren, H. R. & Meer, E. V. D. (2009). Emotional Stroop task: Effect of word arousal and subject anxiety on emotional interference. *Psychological Research*, 73, 364-371.
- Durkheim, E. (1997). *Suicide: A Study in Sociology*. New York: The Free Press.
- Esgalhado, G., Loureiro, M. J. & Cabaco, A. S. (2003). Adaptação da tarefa Stroop Emocional para a detecção de patologia do comportamento alimentar: Diferenças entre sexos. *Revista Psicologia e Educação*, 18 (1), 51-64.
- Eugène, F., Joormann, J., Cooney, R. E., Atlas, L. Y. & Gotlib, I. H. (2010). Neural correlates of inhibitory deficits in depression. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 181, 30-35.
- Ferreira, J. & Castela, M. (1999). Questionário de ideação suicida (Q.I.S.). In M. R. Simões, M. M. Gonçalves & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (pp.129-130). Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais, Lda.
- Ferreira, M. H. F., Colombo, E. S., Guimarães, P. S. A., Soeiro, R. E., Dalgalarondo, P. & Botega, N. J. (2007). Suicide Risk among inpatients at a university general hospital. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29 (1), 51-54.
- Gandini, R., Martins, M., Ribeiro, M. & Santos, D. (2007). Inventário de Depressão de Beck: validação fatorial para mulheres com cancro. *Psico-Universidade Federal de São Paulo*
- Gil, N. (2006). Abordagem Psicofarmacológica da Ideação Suicida. In Sociedade Portuguesa de Suicidologia (Ed.), *Comportamentos Suicidários em Portugal*. Coimbra: Quarteto.
- Gimeno, P. T. (1999). Panorama histórico-conceptual del estudio de la atención. In E. Munar, J. Rosselló & A. Sánchez-Cabaco (Coords.), *Atención y percepción* (pp.33-61). Madrid: Alianza Editorial.
- Gómez, C & Pastor, G. (1998). El estado de la investigación sobre la interferencia Stroop en los años 90: Variantes, teorías y ámbitos de aplicación. In J. Botella & V. Ponsoda (Ed.), *La atención: Un enfoque pluridisciplinar. Su estudio desde la investigación básica a su aplicación clínica*. Valencia: Promolibro.

- Gonçalves, A., Freitas, P. & Sequeira, C. (2011). Comportamentos suicidários em estudantes do ensino superior: Fatores de risco e de proteção. *Millenium*, 40, 149-159.
- Greco, E. (1993). The Emotional Stroop Test: A review of the literature. *Analytic Psychotherapy and Psychopathology*, 12 (3), 219-223.
- Harris, E. C. & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders: A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 170, 205-228.
- Herreras, E. B., & Cela, J. L. S. (2006). Utilidad del Stroop en la Psicología Clínica. *Avances en Salud Mental Relacional*, 5 (1), 54-80.
- Johansson, L., Carlbring, P., Ghaderi, A. & Andersson, G. (2008). Emotional Stroop via Internet among individuals with eating disorders. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49, 69-76.
- Johnson A. & Proctor, R. W. (2004). *Attention Theory and Practice*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Klein, M., Adda, C. C., Miotto, E. C., Lucia, M. C. & Scaff, M. (2010). O Paradigma Stroop em uma Amostra de Idosos Brasileiros. *Psicologia Hospitalar*, 8 (1), 93-112
- Loureiro, R. M. (2006). Um possível olhar do comportamento suicida pelos profissionais de saúde. *Scientia Medica*, 16, 64-67.
- MacLeod, C. M. (1991). John Ridley Stroop: Creator of a Landmark Cognitive Task. *Canadian Psychology*, 32 (3), 521-524.
- Maris, R. W. (2002). Suicide. *The Lancet*, 360 (9329), 319-326.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística: Utilização do SPSS (3ªed)*. Lisboa: Sílabo.
- Matsubara, T., Matsuo, K., Nakashima, M., Nakano, M., Harada, K., Watanuki, T., Egashira, K. & Watanabe, Y. (2013). *Prefrontal activation in response to emotional words in patients with bipolar disorder and major depressive disorder*. *NeuroImage*.
- McKenna, F. P. & Sharma, D. (2004). Reversing the emotional Stroop effect reveals that it is not what it seems: The role of fast and slow components. *Journal of Experimental Psychology*, 30 (2), 382-392.
- Mitterschiffthalert, M. T., Williams, S. C., Walsh, N. D., Cleare, A. J., Donaldson, C., Scott, J. & Fu, C. H. (2008). Neural basis of the emotional Stroop interference effect in major depression. *Psychol Med.*, 38 (2).
- Montagnero, A. V., Lopes, E. J. & Galera, C. (2012) Relação entre traços de ansiedade e atenção através da Tarefa Stroop. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, X (2), 157-169.
- Moreira, N. A. (2008). *Sufrimento, desespero e comportamentos suicidários na prisão*. Coimbra: Quarteto.
- Moreira, N. A (2009). *Factores de risco associados à ideação suicida durante a prisão preventiva: Estudo exploratório*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Justiça não publicada. Braga: Universidade do Minho.
- Moreira, N. A. C. & Gonçalves, R. A. (2010). Perturbação mental e ideação suicida entre reclusos preventivos. *Análise Psicológica*, 1 (XXVIII): 133-148.

- Murteira, B. J.F. (1993). Análise exploratória de dados: *Estatística Descritiva*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Neves, F., Corrêa, H. & Nicolato, R. (2010). Uma proposta para o fortalecimento da rede de cuidados em saúde mental. *Debates Psiquiatria Hoje*, 2 (5), 24-29.
- Oliveira, A., Amâncio, L. & Sampaio, D. (2001). Arriscar morrer para sobreviver: Olhar sobre o suicídio adolescente. *Análise Psicológica*, 4 (XIX), 509-521.
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Prevenção do suicídio: Um manual para profissionais de saúde em atenção primária. Transtornos mentais e comportamentais*. Genebra: Departamento de Saúde Mental.
- Organização Mundial de Saúde (2006). *Prevenção do suicídio: Um recurso para conselheiros. Gestão de Perturbações Mentais e de Doenças do Sistema Nervoso*. Genebra: Departamento de Saúde Mental e de Abuso de Substâncias.
- Packman, W. L., Marlitt, R. E., Bongar, B. & Pennuto, T. O. (2004). A comprehensive and concise assessment of suicide risk. *Behavioral Sciences and the Law*, 22, 667-680.
- Pérez, M. G., Rivera, R. M. B., Fuster, A. B & Rodríguez, M. A. R. (1999). Attentional biases and vulnerability to depression. *The Spanish Journal of Psychology*, 2 (1), 11-19.
- Pinninti, N., Steer, R., Riossmiller, D., S. & Beck, A. (2002). Use of the Beck Scale for Suicide Ideation with psychiatric inpatients diagnosed with schizophrenia, schizoaffective ou bipolar disorders. *Behaviour Research and Therapy* 40, 1071-1079.
- Pinto, R. D. P. M. (2011). *Ideação Suicida e Sintomatologia Psicopatológica em Indivíduos Toxicodependentes*. Dissertação de Mestrado não publicada. Covilhã: Universidade da Beira Interior.
- Prieto, D. & Tavares, M. (2005). Factores de risco para o suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *Jornal Brasileiro Psiquiatria*, 52 (2), 146-154.
- Ribeiro, J.L.P. (1999). *Investigação e avaliação em saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ros, S. & Arranz, F. J. (2006). Conducta Suicida. In J. V. Ruilova, *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatria* (pp. 271-294). Barcelona: Masson.
- Sampaio, D. (1991). *Ninguém Morre Sozinho: O adolescente e o suicídio*. Lisboa: Caminho.
- Santos, S. M. S. F.M. (2009). *Suicídio nas forças policiais: um estudo comparativo na PSP, GNR e PJ*. Dissertação de Mestrado não publicada. Porto: Universidade do Porto.
- Saraiva, C. B. (1995). *Para-Suicídio: Contributo para uma compreensão clínica dos comportamentos suicidários recorrentes*. Coimbra: Quarteto.
- Saraiva, C. B. (2006). Psicopatologia e Prática Clínica. In Sociedade Portuguesa de Suicidologia (Ed.), *Comportamentos Suicidários em Portugal*. Coimbra: Quarteto.
- Saraiva, C. B. (2010). Suicídio: de Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual. *Psiquiatria Clínica*, 31 (3), 185-205.
- Shea, S. (2002). *The practical art of suicide assessment: a guide for mental health professionals and substance abuse counselor*. New Jersey: John Wiley & Sons.

- Silva, V. G. (2012). Suicídio: Um grito silenciado. *Psicologia.com.pt*. Retirado a 12 de Março de 2013 do Website: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0637.pdf>
- Silva, V., Oliveira, H., Botega, N., Léon, L., Barros, M. & Dalgalarrrondo, P. (2006). Fatores associados á ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle. *Cadernos de Saúde Pública*, 22 (9), 1835-1843.
- Sociedade Portuguesa de Suicidologia (2008). *Então que tipo de fatores pode contribuir para alguém ter pensamentos suicidários?* Retirado a 12 de Março de 2013 do Website: <http://www.spsuicidologia.pt/index.php/sobre-o-suicidio/questoes-frequentes/33-entao-que-tipo-de-factores-pode-contribuir-para-alguem-ter-pensamentos-suicidarios>
- Sperb, I. W., & Werlang, B. S. G. (2002). Suicídio na população rural e urbana de pequeno porte. *Boletim de Psicologia*, 11 (117), 159-182.
- Strauss, E., Sherman, E. S. & Spreen, O. (2006). *A Compendium of Neuropsychological tests-administration, norms and commentary* (3^a ed.). New York: Oxford University Press.
- Stroop, J. R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 28, 643-662.
- Teixeira, J. M. (2010). Uma abordagem fenomenológica do suicídio. *Debates Psiquiatria Hoje*, 2 (5), 16-21.
- Teixeira, J. A. C. (2010). *Ideação suicida em prostitutas de risco*. Dissertação de Mestrado não publicada. Porto: Universidade do Porto..
- Torres, M., Hernández-Pozo, M. R., Castillo, P., Coronado, O. & Cerezo, S., (2009). Relación entre promedio escolar y tres indicadores de ansiedad general en estudiantes de Medicina. *Revista Universitas Psychologica*, 8 (1), 61-68.
- Vaz Serra, A. (2006). Prefácio. In Sociedade Portuguesa de Suicidologia (ed.), *Comportamentos Suicidários em Portugal*. Coimbra: Quarteto.
- Veiga, F. (2006). Epidemiologia e Metodologias de Investigação dos Comportamentos Suicidários. In Sociedade Portuguesa de Suicidologia (ed.), *Comportamentos Suicidários em Portugal*. Coimbra: Quarteto.
- Vieira, K. F. L. (2008). Depressão e Suicídio: Uma abordagem psicossociológica no contexto académico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2 (XXI).
- Vieira, K. F. L. & Coutinho, M. P. L. (2011). Representações sociais da depressão e do suicídio elaboradas por estudantes de psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28 (4), 714-727.
- Wasserman, D. (2001). *Suicide - An unnecessary death*. Stockholm: Martin Dunitz.
- Watts, F. N., Trezise, L. & Sharrock, R. (1986). Processing of phobic stimuli. *British Journal of Clinical Psychology*, 25, 253-259.
- Weaver, T., Allen, J., Hopper, E., Maglione, M., McLaughlin, D., McCullough, M., Jackson, M. & Brewer, T. (2007). Mediators of Suicidal Ideations Within a Sheltered Sample of Raped and Battered Women. *Health Care for Women International*, 28, 478-489.

- Webster, G. (1996). *The epidemiology of attempted suicide and suicidal ideation: An analysis of the Ontario health survey and the Ontario health supplement*. Dissertação de Mestrado não publicada. Toronto: University of Toronto.
- Werlang, B. S. G., Borges, Borges, V. R. & Fensterseifer, L. (2005). Factores de risco ou protecção para a presença de ideação suicida na adolescência. *Revista Interamericana de Psicologia*. 39 (2), 59-266.
- Williams, J. M. G. & Broadbent, K. (1986). Autobiographical memory in suicide attempters. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 144-149.
- Williams, J. M. G., Mathews, A. & MacLeod, C. (1996). The emotional Stroop task and psychopathology. *Psychological Bulletin*, 120 (1) 3-24.

Anexos

A: Questionário de dados

Por favor responda às questões a seguir formuladas e coloque uma cruz (x) no quadrado que melhor descrever o seu caso:

Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐

Idade: _____

Estado Civil: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐
☐ União de facto ☐ Viúvo ☐ Divorciado ☐

Profissão: _____

Escolaridade: ☐ Sem escolaridade ☐ Secundário
☐ 1º Ciclo ☐ Bacharelato/Licenciatura
☐ 2º Ciclo ☐ Mestrado/Doutoramento

Estatuto socio-económico:

☐ Desempregado ☐ De 485,00€ até 650€ ☐ Acima de 1000€
☐ Até 485, 00€ ☐ De 650€ até 1000€

Alguma vez lhe foi diagnosticado outro problema psicológico e/ou psiquiátrico? Sim ☐
Não ☐ Se sim, qual e há quanto tempo?

Limão	Laranja	Maçã	Melancia	Limão
Cereja	Manga	Tangerina	Pêra	Cereja
Melancia	Limão	Laranja	Maçã	Melancia
Pêra	Cereja	Manga	Tangerina	Pêra
Banana	Kiwi	Melancia	Limão	Banana
Maçã	Tangerina	Pêra	Laranja	Kiwi

1. Excerto da Lâmina 1 do TSESRS ou lâmina Neutra.

Riso	Riqueza	Vida	Vitória	Riso
Saúde	Lazer	Alegria	Feliz	Riqueza
Vitória	Riso	Riqueza	Vida	Vitória
Feliz	Saúde	Lazer	Alegria	Feliz
Sucesso	Amor	Vitória	Riso	Saúde
Vida	Alegria	Feliz	Sucesso	Amor

2. Excerto da Lâmina 2 do TSESRS ou lâmina Positiva.

Morte	Tristeza	Perda	Despedida	Morte
Óbito	Doença	Angústia	Arma	Tristeza
Angústia	Morte	Tristeza	Perda	Doença
Arma	Óbito	Doença	Angústia	Arma
Depressão	Luto	Despedida	Morte	Óbito
Perda	Despedida	Arma	Depressão	Luto

3. Excerto da Lâmina 3 do TSESRS ou lâmina Negativa.



Universidade da Beira Interior
Departamento de Psicologia e Educação

Covilhã e UBI, 7 de Março de 2013

Exmo(a) Senhor (a) Presidente do Conselho de Administração do _____
Assunto: Pedido de autorização para realização de investigação

No âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade da Beira Interior, sou estagiária no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental _____, e encontro-me a realizar uma dissertação sob orientação da Professora Doutora Graça Esgalhado. Esta investigação visa determinar as diferenças nas pontuações no Teste Stroop Emocional para o screening de risco suicida, entre uma amostra clínica e uma amostra normativa.

Para poder dar seguimento ao meu trabalho venho solicitar a V. Ex^a autorização para obter a colaboração de pacientes do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental _____, com diagnóstico de Depressão, para participarem no seguinte protocolo: Teste Stroop Emocional, Inventário de Depressão de Beck e Questionário de Ideação Suicida.

A aplicação é individual, e é garantido o anonimato e a confidencialidade dos resultados.

Antecipadamente grata por toda a atenção, apresento os melhores cumprimentos.

(Andreia Filipa da Silva Marques)



Universidade da Beira Interior
Departamento de Psicologia e Educação

Consentimento Informado

Na qualidade de utente do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental _____ aceito participar no presente estudo relativo ao tema: “ Avaliação do Teste Stroop emocional para o *screening* de risco suicida (TSERS) como medida de ideação suicida”.

Declaro:

- ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pela estagiária que assina este documento;

- ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;

- ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação;

- e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre a proposta.

Foi ainda salvaguardado que todos os dados recolhidos serão para uso exclusivo ao nível da investigação e que será mantido o anonimato.

Assinatura: _____

Estagiária: _____

Data: _____